

L'ODONTOLOGIE



27e année. Vol. XXXVIII. N° 13. 15 JUILLET 1907.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
A. BLATTER,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

27e année. — 2e SEMESTRE 1907. — Vol. XXXVIII.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone 223.04*

ABONNEMENT :

FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**

Le Numéro : 1 franc.

27e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DES BLOCS EN OR COULÉS

PAR M. PLATSCHICK.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 7 mai 1907.)

La question des inlays en or est en ce moment et partout à l'ordre du jour et ce genre de travaux semble devoir enfin prendre la place d'honneur que ses incontestables qualités lui permettent d'occuper. Bien que nous puissions constater dans les laboratoires une activité fébrile et dans les revues dentaires une surabondance d'articles touchant la question (voir la liste jointe), ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que le remplacement de l'aurification par l'inlay en or a paru désirable et possible. Nous n'assistons qu'à un redoublement d'activité, à l'effervescence qui précède la mise au point définitive d'une méthode. La question avait été quelque peu étudiée déjà vers 1880, puisque M. Hirschfeld, secrétaire de l'A. D. C. P., a rencontré à cette époque le Français Dupuich qui lui montra des gold inlays. D'autre part, en 1884, Aguilhon de Sarran posa un bloc en or qu'il revit en parfait état dix-neuf ans plus tard, en 1903, et dont il entretint alors la Société de Stomatologie de Paris. Son procédé de confection était des plus simples. L'empreinte de la cavité était prise à la cire et placée dans un mélange de revêtement (plâtre et talc). La cire était lavée à l'eau chaude

sa position une résistance suffisante aux efforts des dents antagonistes.

Dans les obturations ordinaires, une cavité qui n'est pas de dépouille suffit à s'opposer à ces efforts : l'amalgame, l'or ou le ciment ne peuvent s'échapper, étant retenus par leur forme même qui a épousé celle de la cavité. Nous devons, au contraire, dans le cas des inlays en or donner à celle-ci une forme telle que, tout en étant de dépouille, elle offre une rétentivité répondant à nos besoins. La figure 11 nous dispense de toute description : elle montre le modèle type auquel peuvent se ramener toutes les cavités de ces genres. Les parties rentrantes y sont à dessein exagérées, elles doivent dans la réalité être beaucoup moins accusées, étant donné qu'à l'encontre de ce qui se passe dans les blocs de porcelaine où la feuille de platine ou d'or qui a servi d'empreinte est retirée en laissant par conséquent un certain vide entre les parois de la dent et le bloc, nous gardons dans l'inlay en or la feuille métallique d'empreinte qui en fait partie intégrante. Cette feuille faisant partie du bloc, le moindre angle en retrait rendra le déplacement du bloc impossible.

Il suffit de regarder les dessins pour se rendre compte que, si nous retirions facilement l'inlay du bas vers le haut, sens dans lequel aucune force ne le sollicite en bouche, il sera impossible de le faire tomber d'arrière en avant, sens suivant lequel s'exercent en bouche les efforts des dents antagonistes. Si la préparation de la partie rétentive de la cavité devait trop affaiblir la dent, on aurait recours à des griffes ou à des pivots. Ce cas se présente le plus fréquemment quand il y a destruction du bord jugo ou linguo triturant des cavités allant jusqu'au bord cervical. Dans ce cas, l'inlay sera construit de la façon ordinaire, la cavité devant être préparée de dépouille et les griffes ou les pivots pénétrant dans les canaux des racines ou dans les parties entrantes de la dent. Ces pivots ou ces griffes sont de préférence soudés après coup[1].

1. Au sujet des pivots pour la rétention des inlays voir, dans la *Revue de*

PLANCHE I.

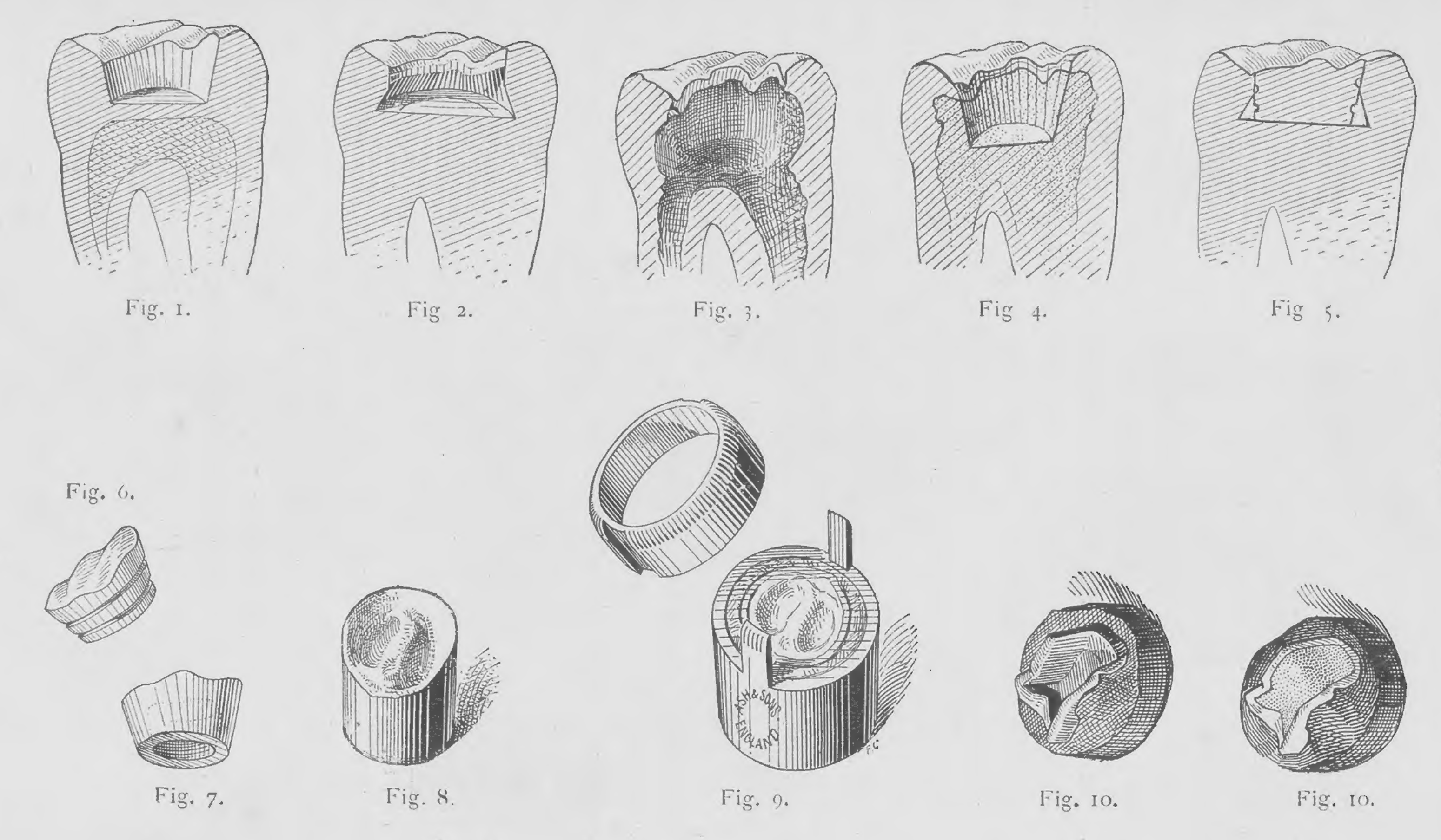


Fig. 1. Fig 2. Fig. 3. Fig 4. Fig 5.

Fig. 6. Fig. 7. Fig. 8. Fig. 9. Fig. 10. Fig. 10.

PLANCHE II.

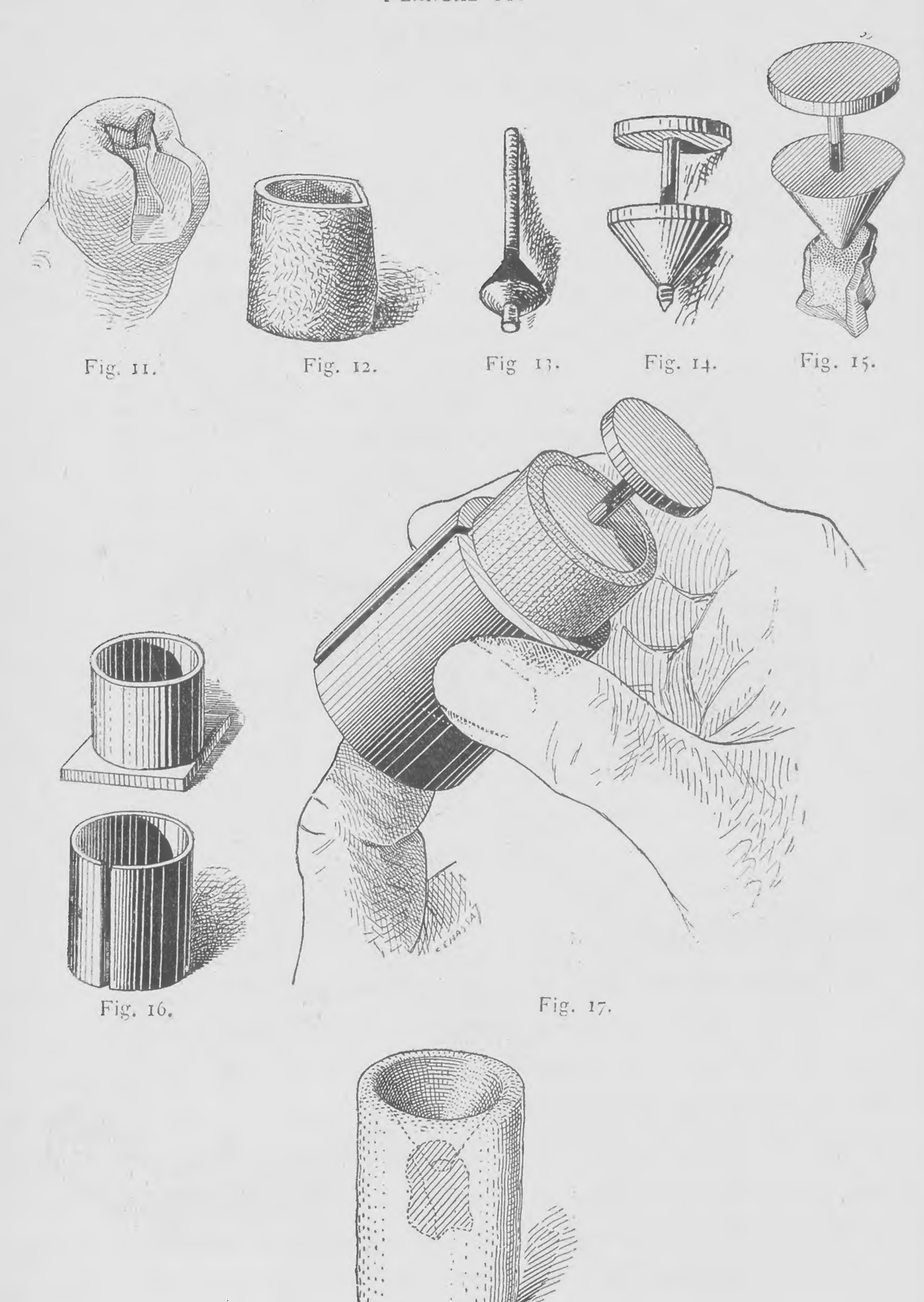


Fig. 11. Fig. 12. Fig. 13. Fig. 14. Fig. 15.

Fig. 16. Fig. 17.

Fig. 18.

PLANCHE III.

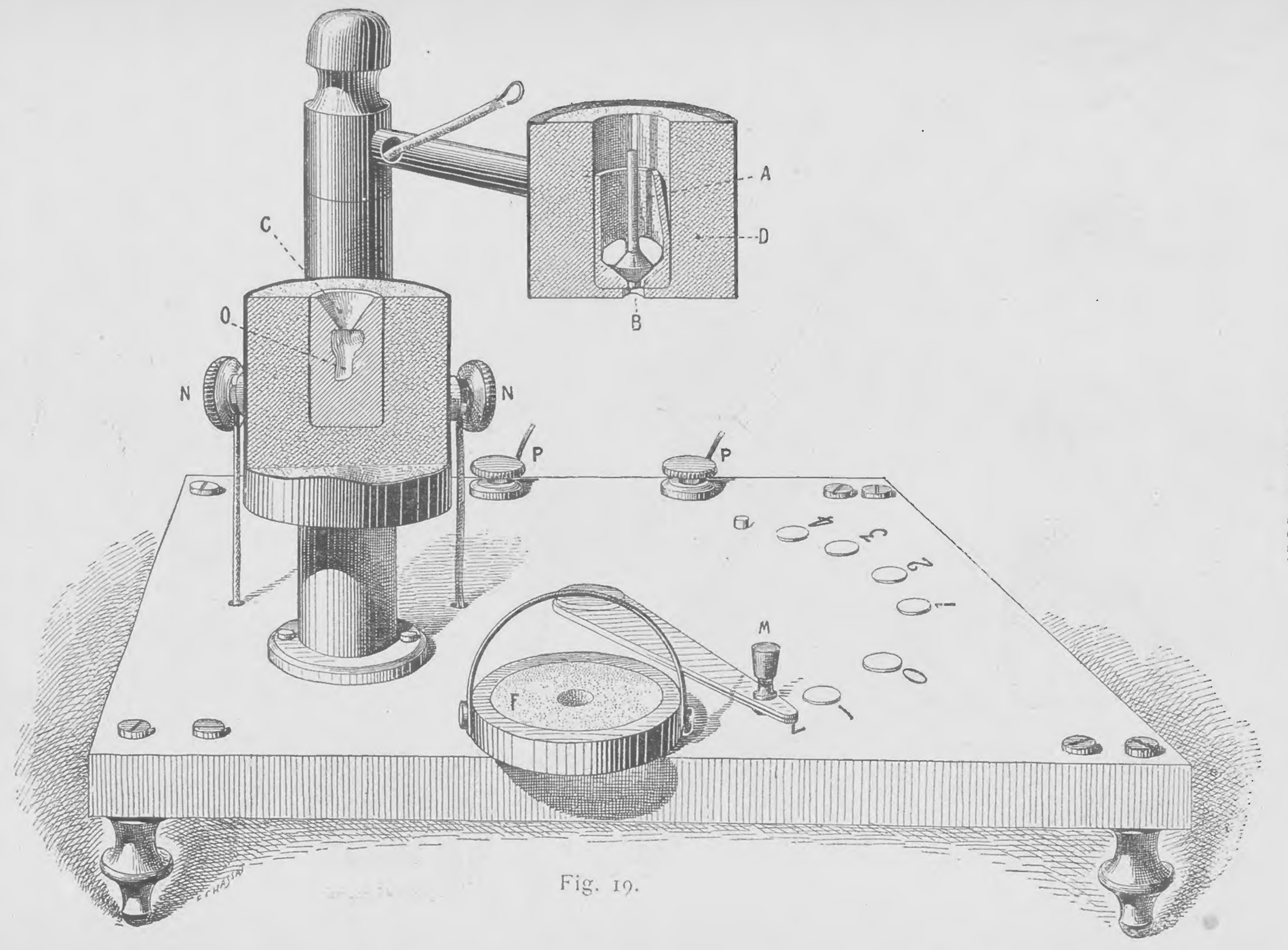


Fig. 19.

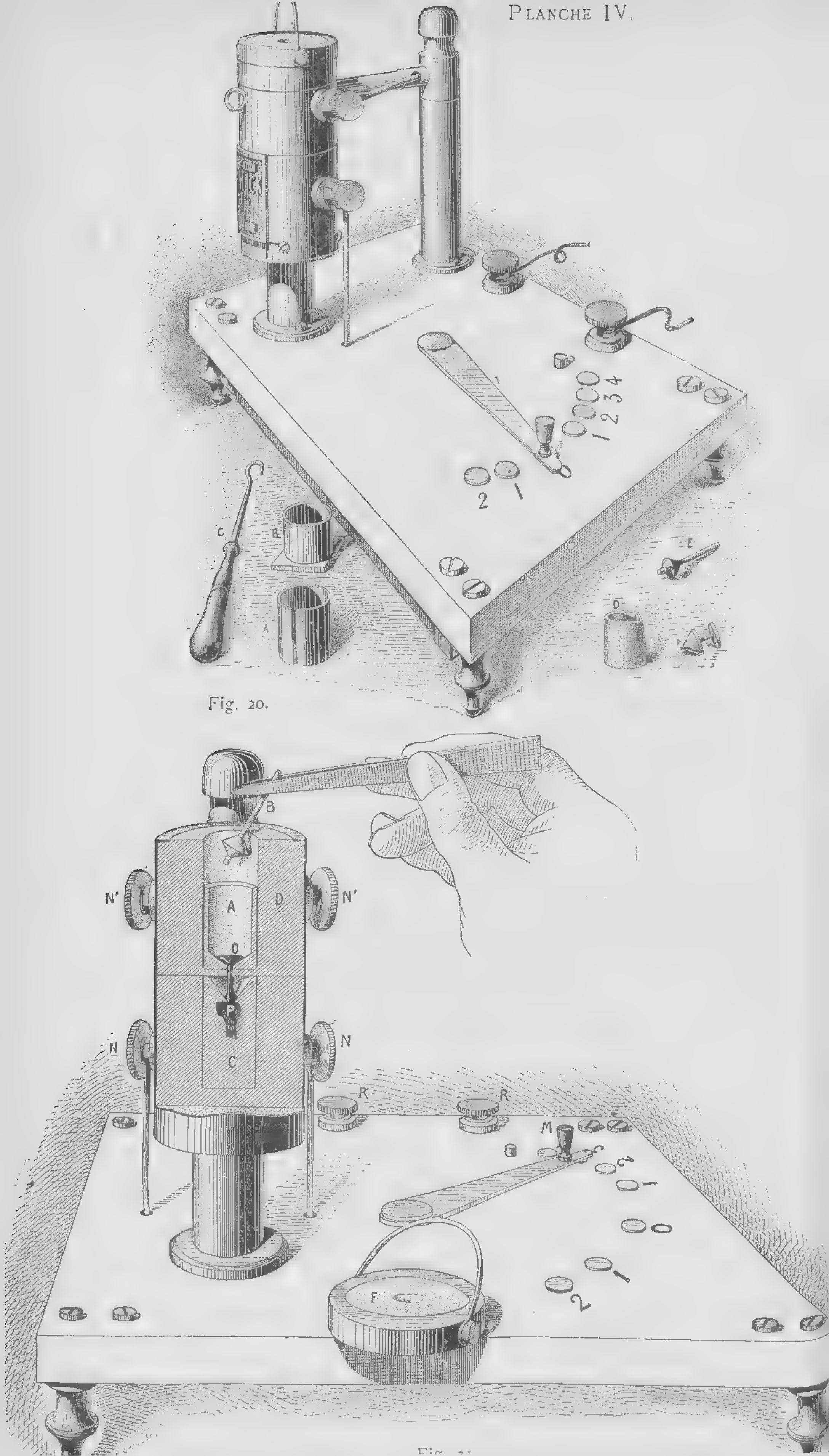


Fig. 21.

La prise d'empreinte des cavités allant jusqu'au bord cervical présente souvent de grandes difficultés, elle est toujours plus compliquée que dans le cas précédent. La difficulté principale est d'obtenir l'empreinte exacte du bord cervical : la complication résulte de ce que l'on doit avoir les surfaces d'occlusion des dents antagonistes et les faces mésiale ou distale des dents voisines. Dans ce cas comme dans les précédents, l'empreinte peut être prise soit avec une feuille métallique, soit avec une substance plastique quelconque. L'application de la feuille de platine est cependant dans certains de ces cas très difficile. Pour obtenir une grande exactitude, il est parfois nécessaire de recourir au procédé suivant[1] : la matrice formée d'une feuille de platine étant terminée, on recouvre celle de ses faces qui est en contact avec la dent de blanc d'Espagne délayé dans l'eau. Sur son autre face, on fait de même en réservant toutefois une bande large d'un à deux millimètres suivant le contour de la cavité. Sur cette bande on coule de l'or à 24 carats à une épaisseur d'un demi-millimètre environ. On pose cette matrice renforcée sur la dent et l'on brunit suivant le bord de la cavité. On est sûr d'avoir de celle-ci une reproduction très fidèle.

Après avoir appliqué la feuille de platine ou d'or en tenant bien compte des bords de la cavité, on remplira la cavité elle-même de cire ordinaire, mais très propre et autant que possible non colorée de façon à reconstituer la dent au point de vue du contact soit avec l'antagoniste, soit avec la voisine, en respectant bien entendu les lois anatomiques comme s'il s'agissait d'une aurification. Après refroidissement on retire l'empreinte. Dans le cas où l'on juge impossible ou inopportun de faire ce travail en bouche, il suffit de prendre une empreinte avec une substance plastique comme il est dit plus haut et de couler un modèle en spence

---

Stomatologie de mai 1907, l'article du Dr Pierre Robin. (Article postérieur à la communication.)

1. Procédé rappelé par M. Villain dans sa description d'une méthode de confection des inlays creux en or. (*Laboratoire* du 17 mars 1907.)

métal. Mais alors la nécessité d'avoir la face triturante oblige à avoir l'empreinte des dents antagonistes et à articuler les modèles. Sur ces derniers, on exécutera les mêmes opérations qu'en bouche : application de la feuille de platine, remplissage avec de la cire...

La cavité réparée suivant ces indications générales et aussi en tenant compte des nécessités et des ressources particulières de chaque cas, voyons de quelle façon peut être réalisée la coulée proprement dite du bloc.

Un certain nombre de méthodes, les premières qui ont été proposées, consistent à fondre successivement de petites quantités d'or en paillettes dans un moule en terre reproduisant la forme du bloc (Aguilhon de Sarran) ou dans une matrice de platine (Robin-1904). A cette classe de procédé se rattache celui de Hartley qui consiste à couler au moyen d'une ouverture ménagée à cet effet dans l'ensemble de deux matrices soudées sur leur bord et reproduisant l'une le fond de la cavité, l'autre la face triturante. D'autres méthodes consistent à remplir la matrice avec de l'or éponge que l'on consolide ensuite en coulant de la soudure.

Ces procédés certainement capables de donner de bons résultats seront, j'en suis sûr, délaissés peu à peu, même par leurs auteurs pour d'autres procédés s'inspirant tous du procédé dit à cire perdue dont Sölbrig a le premier, selon moi, préconisé l'application à ce genre de travaux.

La majeure partie des méthodes proposées dans cet ordre d'idées peuvent se ramener au principe suivant : on reconstitue en cire la partie manquante de la dent sur laquelle on doit poser le bloc, puis on place cette cire dans un mélange de revêtement où l'on ménage une cheminée de coulée et un évent, ces derniers en cire comme le modèle lui-même. La cire est alors brûlée et on verse l'or fondu par la cheminée. Cette manœuvre a l'inconvénient de faire perdre un temps relativement considérable pendant lequel l'or étant fondu en très petite quantité peut se refroidir, de sorte que le succès de l'opération, faute d'une longue pratique de l'opérateur, peut être compromis.

Pour parer à cet inconvénient, on a cherché de nombreux dispositifs dont nous donnerons une idée en décrivant sommairement celui de M. Burt, de Paris. L'empreinte est prise, comme il a été dit plus haut, avec une feuille d'or ou de platine et l'on construit en cire le modèle très exact de l'inlay. On ajoute à ce modèle des pédoncules de cire destinés à constituer dans le revêtement la cheminée de coulée et l'évent, puis on met dans le mélange de revêtement. La masse de celui-ci est taillée de manière que la partie supérieure affleure à l'extrémité de la cheminée de coulée. Dans cette face supérieure est creusée une cavité reliée par une sorte de rigole à la cheminée et destinée à servir de creuset de fusion pour l'or. La base du revêtement est taillée de telle sorte que toute la masse puisse facilement basculer.

M. Sölbrig, d'une part, et MM. Villain et Lepelletier, d'autre part, ont appliqué ce principe de fusion de l'or dans le bloc même de revêtement et, par deux procédés différents, ils sont arrivés à chauffer de façon inégale la partie du revêtement où se trouve l'or et celle où se trouve la cire.

Une des dernières méthodes proposées est celle de Taggart. Elle a pour but de remédier à l'inconvénient suivant : quand on coule de l'or dans une matrice en platine, l'or se répand dans toutes les parties de la matrice et y reste en se solidifiant. Au contraire, si l'on coule de l'or dans un moule en terre ou en mélange de revêtement, on constate que l'or après refroidissement ne se trouve pas dans les parties éloignées du moule, ses bords affectent d'ailleurs une forme arrondie. Ce phénomène est dû en partie à la rétraction du métal : on peut le montrer par une expérience simple. Un bloc étant préparé, avant de le mettre en revêtement, substituons à la cire, en un endroit et sur une très faible longueur de sa partie marginale, une mince feuille de platine, puis mettons en revêtement comme à l'ordinaire. Après coulée de l'or et refroidissement, on constate que la platine, peut-être à cause de son affinité propre avec l'or, a retenu celui-ci. L'or est allé jusqu'à la feuille de platine et ne s'est pas retiré en cet endroit, tandis qu'on le trouve beaucoup

moins loin du côté où il n'y avait que de la cire. Taggart pour obvier à cet inconvénient a augmenté la chaleur à laquelle est soumis le creuset et il a songé à utiliser un procédé mis en œuvre déjà par Carroll pour la coulée de l'aluminium si porté à prendre une forme globulaire en raison de son faible poids spécifique. Au moyen d'appareils appropriés, on constitue dans la masse du revêtement un creuset en forme d'entonnoir où l'on fond l'or et, quand celui-ci est liquide, on le coule sous une pression de 15 kilogs. Il pénètre par suite dans tous les coins et, la pression persistant pendant qu'il refroidit, il s'y maintient.

Nous ne pouvons guère nous prononcer de façon définitive sur la valeur du procédé de Taggart, puisque nous n'avons pour le juger qu'un seul élément, l'article où l'auteur décrit son mode opératoire. Les essais que nous avons faits semblent expliquer l'engouement de la première heure ; toutefois la méthode semble exiger l'emploi d'un matériel compliqué et de fournitures qu'on ne trouve que dans les grandes villes. En ce qui concerne les autres procédés, il est certain qu'ils peuvent donner d'excellents résultats — nous en avons eu la preuve par l'examen des travaux soumis par leurs auteurs — mais une condition essentielle pour le succès paraît être une longue pratique. Ce n'est certainement pas à son premier essai qu'un novice trouvera exactement la façon de chauffer propre à donner un inlay parfait.

Je me suis attaché à réaliser un procédé et des appareils simples permettant d'exécuter séparément le brûlage de la cire et la fusion de l'or tout en évitant les manipulations de celui-ci quand il est fondu. La méthode que j'emploie et dont je vous montrerai les résultats se recommande des procédés à cire perdue, mais elle diffère des précédentes en ce que je supprime dans la mise en revêtement les évents que l'on croit en général indispensables et dont maintes expériences m'ont prouvé que l'on peut parfaitement se passer, pour la coulée des blocs tout au moins. Je pense que ce qui rendait les évents utiles, sinon indispensables dans les procédés précédents, c'est que le mode de chauffage et de brû-

lage de la cire n'y était pas irréprochable. Tout le moule ne se trouvait pas à la même température et il restait toujours de la cire, cause d'insuccès autrement inexplicable.

Pour la confection des blocs en or d'après toutes les exigences de ce travail, j'ai été amené à construire un four dont je vous demanderai de vous faire une rapide description.

Il comprend deux parties, deux moufles électriques, l'un fixe, le moufle inférieur, l'autre mobile. Le moufle mobile est porté par une potence dont le bras horizontal peut être animé d'un mouvement de rotation autour du pilier, mouvement grâce auquel le moufle mobile peut être amené au-dessus du moufle fixe. Ils sont construits tous les deux de façon que le moufle inférieur (qui recevra le mélange de revêtement) soit à une température de 300 ou 400 degrés inférieure à celle du moufle mobile. Ce dernier contient un creuset (fig. 12) dont le fond est percé d'un trou qu'on peut obturer au moyen d'un bouchon en terre réfractaire (fig. 13) dont la tige très longue peut être serrée à la partie supérieure du creuset.

Je procède de la manière déjà décrite pour confectionner avec une feuille de platine et de la cire un bloc aussi parfait que possible. Après avoir piqué avec une épingle la cire en un point peu important de la reconstitution, je fixe dans la cire l'extrémité à vis d'un petit cône spécial (fig. 14 et 15). Je porte le bloc en cire dans le mélange de revêtement qui remplit un cylindre métallique fendu suivant une génératrice (fig. 16). Ce cylindre est maintenu fermé à ce moment par un godet métallique (fig. 16) dans lequel il est engagé. Quand le mélange est assez sec, j'enlève le godet, le cylindre fait ressort et je puis sans le déformer retirer le revêtement comprenant le bloc de cire et la pointe à laquelle il est toujours adhérent (fig. 17). Le tout est porté dans le moufle inférieur et le cône est enlevé, laissant dans la terre une sorte d'entonnoir (fig. 18). Le four a été établi, nous l'avons dit, de manière que l'on réalise entre les deux moufles une différence de température telle que l'on obtient

dans le moufle inférieur environ 800 degrés, tandis que dans l'autre on arrive facilement en quelques minutes à 1200 degrés, température de beaucoup supérieure à la température de fusion de l'or (1.065). Les moufles appartenant à deux circuits électriques indépendants, ils peuvent être chauffés séparément. Voici comment on procède pour se servir du four : la masse de revêtement dans laquelle est incluse le bloc en cire est placée dans le moufle inférieur, le cône étant retiré (fig. 19). On établit le courant qui chauffe ce moufle : l'eau contenue dans la masse de revêtement doit complètement s'évaporer et la cire brûler. Cette opération doit durer un quart d'heure, temps absolument indispensable, une chaleur plus forte étant nuisible et ne pouvant pas accélérer l'opération. La température à atteindre a été déterminée par des centaines d'essais.

Le moufle supérieur est alors amené sur l'inférieur de manière à le recouvrir (fig. 20) et le courant retiré du moufle inférieur est envoyé dans l'autre. Dans le creuset que contient celui-ci, on a mis au préalable un ou deux morceaux d'or d'un volume total double environ de celui du bloc à faire. Cet or fond en quelques minutes, ce dont on peut s'assurer par le regard percé dans le couvercle. Dès que la surface a pris un bel aspect brillant, on retire le couvercle au moyen d'un crochet et, sans se presser, on soulève au moyen de précelles le bouchon (fig. 21). L'or se précipite dans l'entonnoir du revêtement et prend la forme du bloc en se refroidissant presque instantanément. On ramène la partie supérieure du four en arrière et l'on retire le revêtement pour pouvoir le plonger dans l'eau aussitôt le métal figé.

Mes essais très nombreux m'ont permis de constater les excellents résultats de cette méthode qui consiste, on le voit, à couler de l'or très chaud dans un revêtement relativement froid, car, comme on se l'imagine, la température du moufle inférieur dont on a coupé le courant a pu dans l'intervalle tomber de 800 à 300 degrés environ. On obtient des blocs par faits ne présentant ni stries, ni creux, ni granulations, mais

au contraire une surface presque brillante et une exactitude absolue.

BIBLIOGRAPHIE DES ARTICLES RÉCEMMENT PARUS SUR LES BLOCS EN OR

Non comprises les reproductions de la majorité de ces articles et notamment de celui de Taggart, dans la presse dentaire de tous les pays.

DENTAL COSMOS

HINMANN. Juillet 1906. — *Gold inlays for bridges anchorage.*

W.-A. CAPON. Août 1906. — *An easy method of making gold inlays.*

HENSHAW. Novembre 1906. — *Gold inlays : their application and construction.*

W.-D. DILLS. Janvier 1907. — *Gold inlays and fillings, comparative values.*

Janvier 1907. — *Gold inlays.*

J.-A. PENNINGTON. Février 1907. — *Removable bridges with gold inlays abutments.*

VOELKLER. Février 1907. — *A method of making hollow gold inlays.*

HOEFFER. Février 1907. — *A method of making gold inlays.*

PERRY. Avril 1907. — *A discussion of the merits and demerits of the gold inlays.*

ITEMS OF INTEREST

HINMANN. Août à novembre 1906 et janvier 1907. — *Methods of filling teeth with gold inlays.*

HILL. Septembre 1906. — *Hollow gold inlays.*

Février 1907. — *Dr W. Taggart's wonderful gold inlay methods.*

DILLS. Février 1907. — *Gold inlays.*

R.-M. CHASE. Mars 1907. — *Making gold inlays by the impression and fusible, matrix metal system.*

DENTAL SUMMARY

A.-H. FLEMING. Juillet 1906. — *The perfect retention for gold inlays.*

HINMANN. Juillet 1906. — *General rules for cavity preparation for gold inlay.*

HENSHAW. Octobre 1906. — *Gold inlay : their application and construction.*

H. BARNES. Octobre 1906. — *The humanitarian aspect of the gold inlay.*

HINMANN. Mars 1907. — *Gold inlays.*

GOSLEE. Avril 1907. — *Report of Dr Taggart's new process of making gold inlays.*

DENTAL REVIEW

KNOWLES. Février 1907. — *A revolution in the technic of gold inlay work.*

Mars 1907. — *Gold inlays.*

W.-D.-N. MOORE. Mars 1907. — *Gold inlays.*

GOSLEE. Mars 1907. — *Report of Dr Taggart's.*

DENTAL DIGEST

Clarence H. Wright. Octobre 1906. — *Gold inlays.*
J.-W. Myons. Novembre 1906. — *Gold inlays.*
D.-D. Smith. Février 1907. — *Gold inlays.*

DENTAL REGISTER

J.-W. Lyons. Octobre 1906. — *Gold inlays.*
C.-H. Worboys. Février 1907. — *Gold inlays.*

DOMINION DENTAL JOURNAL

Davy. Août 1906. — *Combination gold and porcelain inlays.*

BRITISH DENTAL JOURNAL

W.-B. Dills. Février 1907. — *Gold inlays.*
Mars 1907. — *Gold inlays or others structures.*
Septembre 1906. — *Retention of gold inlays.*

L'ODONTOLOGIE

G. Wessels. Octobre 1906. — *Les inlays d'or.*
30 Janvier 1907. — *Discussion de l'Amer. Dent. Club of Paris.*
28 Février 1907. — d°
G. Villain et Lepelletier. 15 mars 1907. — *Les inlays creux en or coulés.*
30 mars 1907. — *Discussion de l'Amer. Dent. Club of Paris.*
Amoedo. 15 avril 1907. — *Inlays en or.*

LE LABORATOIRE

T.-C. Triger. Juillet 1906. — *Obturations métalliques.*
Hinmann. Août 1906. — *Obturations en or pour la rétention des bridges.*
W. Thiersch. Septembre 1906. — *Pourquoi devons-nous employer pour les molaires et les prémolaires des blocs en or?*
H. Barnes. 25 novembre 1906. — *Obturations en or.*
W. Lyons. 2 décembre 1906. — *Inlays en or.*
Th.-P. Hinmann. 3 février 1907. — *Obturations en or.*
G. Villain. 30 décembre 1906. — *Confection des inlays en or.*
J.-W. Lyons. 13 janvier 1907. — *Sur les inlays en or.*
G. Villain. 17 mars 1907. — *Les inlays creux en or coulés.*
24 février 1907. — *Sur les inlays en or. Méthode du Dr Sölbrig. Découverte récente d'une nouvelle méthode par W. Taggart.*

LA REVUE DE STOMATOLOGIE

Dr Paul Gires. Avril 1907. — *La fabrication des blocs d'or d'après les méthodes d'Aguilhon de Sarran, P. Robin, Hartley, Sölbrig.*
W. Thiersch. Juillet 1906. — *Warum wir Molaren und Prämolaren mit Goldeinlagen füllen.*

NOTES THÉRAPEUTIQUES

OBSERVATION SUR L'EMPLOI DES CIMENTS DITS DE PORCELAINE

Par M. ADOLPHE SQUILLANTE, d'Alger,
D. E. D. P., Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris.

Après l'intéressante observation de M. Nolda, de Hambourg, un modeste praticien d'Alger peut-il se permettre de donner son avis sur la question si intéressante des ciments de porcelaine ?

Tout comme mon confrère je puis affirmer que je n'ai aucun intérêt à vanter les qualités du ciment Ascher ; mais après avoir passé en revue une quantité de produits similaires qu'on trouve chez nos fournisseurs, je suis contraint de reconnaître que ce produit est bien supérieur.

En effet, sans prendre à parti telle ou telle marque, j'ai constaté que, sur 50 obturations faites avec ces diverses marques, 12 ont été détruites malgré les précautions très sérieuses prises pendant l'opération, les autres au bout de quelques mois étaient aussi altérées qu'un simple ciment.

Sur 300 obturations au ciment de Ascher 4 ont été détruites pour des raisons que je vais essayer d'énumérer. Chaque fois qu'on s'écartera de ce mode d'emploi on aura un insuccès presque à coup sûr.

1° On ne doit pas généraliser l'emploi de ces ciments à toutes les cavités ni à toutes les dents. Les incisives et canines sont seules aptes à les recevoir. Les prémolaires particulièrement sont contre-indiquées ;

2° J'étonnerai probablement beaucoup de mes confrères en leur disant qu'à mon humble avis j'estime qu'on doit préparer la cavité avec autant de soin que pour faire une aurification.

Il est de toute nécessité d'avoir des bords très résistants et de faire des points de rétention si le cas le permet.

On peut remarquer en foulant la pâte dans la cavité que ce ciment a une adhérence très minime ; les obturations se détachent comme un bloc de porcelaine et ne s'effritent pas comme les ciments ordinaires.

Il est donc nécessaire que la forme de la cavité soit identique à celle destinée à recevoir une aurification.

On doit tapisser la cavité très légèrement et ensuite porter le complément de l'obturation avec un instrument sec, puis avec un instru-

ment vaseliné ou mieux encore avec une spatule en agate, on fait des pressions très lentes destinées à donner la forme primitive à la dent qu'on répare ;

3° Une autre cause des insuccès vient du peu de soin qu'on apporte en général à se préserver de l'humidité pendant toute la durée de l'opération et même pendant une heure après.

On ne doit pas hésiter, quand on ne possède pas de pompe à salive, à placer la digue.

L'air chaud est naturellement indispensable avant l'obturation.

Pour terminer je tiens à dire que je me suis bien trouvé de couler une goutte de cire collante sur l'obturation et de laisser ainsi pendant quelques heures. Le lendemain on peut pratiquer le polissage.

J'affirme qu'en procédant ainsi on a moins d'insuccès avec ces ciments qu'avec tous les autres plombages, amalgames, etc.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE (LUCERNE)

Par A. THIOLY-REGARD, de Genève, D. E. D. P.

Une centaine de dentistes ont assisté les 25, 26 et 27 mai 1907 à la 22e assemblée générale annuelle de la Société odontologique suisse.

La séance administrative tenue le 25 mai sous la présidence de *M. A. Senn*, de Zurich, commencée à 4 h. du soir, vu l'ordre du jour très chargé, n'a pu être terminée qu'après 7 h. 1/4.

Le soir, une réunion intime avec un programme musical et littéraire, organisée au jardin Flora, près de la gare, fournissait l'occasion à un confrère de Lucerne, *M. A. Steiger,* de mettre en relief ses talents d'orateur, de chef d'orchestre et de régisseur théâtral.

Le dimanche 26 mai dès 8 h. 1/2, les sociétaires étaient assemblés dans les salons du 1er étage du Kursaal de Lucerne pour suivre les travaux et les communications inscrits au programme.

M. le professeur J. Machwuerth (de Zurich) a pris pour thème de son travail : *Le traitement de la gangrène de la pulpe :*

a) Par l'électro-stérilisation.

b) Par le mélange du tricrésol et de la formaline.

Ces deux méthodes conduisent au même but : la transformation chimique des produits putrides contenus dans la racine.

Pour la stérilisation électrique le professeur Machwuerth utilise une batterie de Leclanché composée de 30 éléments représentant un pouvoir électromoteur de 40 volts.

Le passage du courant est réglé par un volt-régulateur de la Ritter Dental Manufacturing Co; la force est mesurée par un galvanomètre.

L'électrode positive représentée par une très fine aiguille en platine iridié est introduite jusqu'à l'apex du canal radiculaire (la racine ayant été préalablement nettoyée) ; l'électrode négative comprenant une plaque métallique garnie d'une éponge ou d'un morceau de cuir imbibé d'une solution salée à 1 o/o est appliquée à l'avant-bras. A l'aide du volt-régulateur l'intensité du courant est progressivement augmentée et ne doit pas dépasser 3 milliampères pour une durée suffisante de 10 minutes. Depuis mars 1906 ce procédé opératoire a été suivi pour 87 électro-stérilisations dont 52 cas de gangrène pulpaire, 12 cas d'abcès et de fistules et 9 cas de pyorrhée alvéolaire.

Après l'électro-stérilisation, les canaux dentaires sont séchés avec

l'air chaud et obturés de suite. Comme substance obturatrice, la pointe de gutta-percha enduite de ciment au sulfate d'oxyde de zinc est tout indiquée.

c) La stérilisation chimique, toujours d'après le professeur Machwuerth, est arrivée à un degré de perfection incontestable depuis que J. P. Buckley a fait connaître, lors du 4ᵉ Congrès International dentaire de Saint-Louis en 1904, sa méthode de désinfection de la gangrène de la pulpe par le tricrésol-formol. Depuis cette époque, ses deux formules ont été appliquées avec un résultat des plus probants.

Pour le traitement de la gangrène de la pulpe :

Rp. Tricrésol }
Formaline } āā.

pour imbiber une petite boulette de coton qui sera introduite dans la chambre pulpaire et enfermée hermétiquement pendant 24 ou 48 heures. Un seul pansement suffit habituellement.

Lorsqu'un abcès ou une fistule est déclarée, il y a lieu de craindre la trop forte concentration du formol, dans ce cas la formule sera :

Rp. Tricrésol 2.00.
Formaline 1.00.

Après que le pus aura été nettoyé, une petite mèche de coton imbibée de cette solution 2 : 1, est introduite dans le canal radiculaire et la dent est hermétiquement obturée pendant un jour ou deux ; ce pansement sera renouvelé deux ou trois fois, quelquefois un seul suffira.

Quand la stérilisation est obtenue, pour obturer les canaux, le professeur Machwuerth recommande la pâte composée suivante :

Poudre : Oxyde de zinc 20,00.
Para-formaldéhyde 5,00.
Liquide : Sulfate de zinc 5,00.
Eau distillée 15,00.
Tricrésol goutt. X.
pour faire une pâte épaisse.

Le para-formaldéhyde (CH_2O_3) est une poudre blanche peu soluble qui déjà à la température ordinaire laisse dégager des vapeurs de formaldéhyde.

Depuis plus d'une année qu'il traite les dents malades selon cette méthode, soit dans sa clientèle privée, soit à l'Ecole dentaire de Zurich, il n'a eu qu'à s'en louer comme traitement conservateur.

Cette importante communication donne lieu à une discussion au cours de laquelle *MM. Senn, Gysi, Frick, Römer* et *Thioly-Regard* apportent le résultat favorable de leurs observations ; ils recom-

mandent vivement l'emploi du tricrésol-formol pour la stérilisation des racines.

M. A. Maillart (de Berne), pour la désinfection des racines, emploie depuis 5 ans (donc avant Buckley) une pâte contenant 30 o/o de paraforme (ou trioxyméthylène) et dont la formule lui a été communiquée par un confrère [1]. Le plus souvent il suffit de deux pansements pour obtenir la stérilisation.

M. J. Fröhner (de Zurich) depuis plus d'une année utilise avec succès le tricrésol-formol. Dans les cas de gangrène non compliquée de la pulpe, ce remède agit d'une façon prompte et frappante. Il conseille de faire un premier pansement avant de nettoyer à fond la racine, de crainte de pousser des produits septiques à travers l'apex, puis à la seconde séance de procéder à un nettoyage complet et minutieux.

Lorsqu'il y a production de pus, il n'obture pas de suite, surtout lorsque la dent est douloureuse, il laisse comme drain dans la racine un fil qu'il change pendant quelques jours jusqu'à cessation de l'écoulement. La légère inflammation qui se montre quelquefois après les premiers pansements diminue assez vite.

Il croit qu'en général la formule 2 de tricrésol pour 1 de formol, suffit pour tous les cas.

M. le professeur G. A. Stoppany (de Zurich) présente d'une façon claire et scientifique une importante communication sur *L'étiologie de la fissure labio-palatine latérale.* A l'aide d'un grand nombre de planches murales, il démontre le mode de développement embryogénique des os maxillaires du fœtus, formés de cinq bourgeons pour le maxillaire supérieur dont la suture commence déjà vers deux mois et demi de la vie intra-utérine, pour continuer à suivre les différentes phases de la suture par ossification pour arriver jusqu'au moment de la sortie des dents de remplacement.

La fissure médiane inférieure ne se montre que très rarement.

La fissure labio-palatine latérale est parfois double, lorsqu'elle est simple elle se remarque surtout du côté gauche.

M. Stoppany rappelle les diverses anomalies dentaires et d'articulation qui s'observent fréquemment en corrélation avec le bec-de-lièvre, soit par défaut de suture des bourgeons latéraux et du bourgeon incisif ; une ou plusieurs dents peuvent être absentes, ou bien au contraire il y a évolution de dents supplémentaires.

Quand il manque des dents, on peut être certain qu'elles existent, plus ou moins développées, cachées dans l'os maxillaire ; lorsqu'il y a augmentation numérique, cette anomalie se présente surtout pour

1. La priorité de l'emploi de ce corps dans le traitement des canaux appartient à M. J. H. Blanc (de Genève) (A. Thioly-Regard).

les incisives latérales, plus rarement pour les incisives centrales, exceptionnellement pour les prémolaires, jamais pour les canines. Sur plusieurs des tableaux muraux, il signale à l'attention des mâchoires possédant des dents surnuméraires, par exemple une incisive centrale supérieure, quatre incisives latérales, quatre prémolaires ; de même il fait circuler des empreintes de becs-de-lièvre simples ou doubles, au nombre d'une vingtaine, montrant des anomalies dentaires de position, d'absence et des dents surnuméraires.

M. Stoppany fait surtout observer sur ces dessins et modèles que les dents surnuméraires évoluent justement au point sutural des cinq bourgeons d'ossification du maxillaire supérieur, ce qui lui permet de conclure en disant : qu'il ne croit pas que les dents surnuméraires soient produites par atavisme, mais résultent d'une division mécanique liée à un défaut de suture osseuse prémaxillaire normale.

M. le professeur Römer et *M. le Président* remercient le conférencier pour l'intéressant et savant exposé qu'il vient de prononcer.

Après une pause de quelques minutes que les participants mettent à profit pour admirer de la terrasse du Kursaal le magnifique panorama qui se déroule devant leurs yeux, la séance est reprise en pleine obscurité ; un appareil à projection a été monté pour permettre à *M. le professeur Römer* (de Strasbourg) de faire défiler sur l'écran une série de nombreuses reproductions micro-photographiques représentant les différents degrés anatomo-pathologiques de la pulpite. L'éminent professeur donne l'explication scientifique de chaque projection. Avec ordre et méthode, il fait passer 110 clichés concernant des pulpes irritées, enflammées, infectées, détruites, purulentes, on distingue parfaitement les globules blancs, les globules rouges, les zones de défense de la pulpe, de même que des vaisseaux artériels et veineux, des denticules, des restes de fibres nerveuses, des débris de capillaires, des odontoblastes, des cellules de pus et des liquides purulents, etc., etc. Les projections relatives à la pulpite aiguë reproduisent les phases successives, en partant de la simple irritation de la pulpe pour continuer par les stades de la leucocytose, de la phagocytose et arriver à la gangrène de la pulpe, à la formation de l'abcès et à ses exsudats.

Le même plan de progression pathologique est suivi pour l'exposé des caractères de la pulpite chronique simple, de la pulpite parenchymateuse, de la pulpite chronique ulcéreuse, à polypes, enfin l'atrophie sénile de la pulpe, la calcification de la pulpe et la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Cette magnifique collection de préparations représente un travail colossal de plusieurs milliers de coupes microscopiques et de fixations d'exsudats, exécutés en huit années consécutives.

Le professeur Römer est chaleureusement applaudi et remercié.

Selon le désir exprimé par M. Senn, président, il fait encore part du résultat de ses expériences avec les pastilles balsamiques « Sahir ». Ces pastilles possèdent un pouvoir de désinfection fort rapide ; elles peuvent être ordonnées pour combattre les odeurs parfois repoussantes rencontrées dans la cavité buccale de certains patients atteints de stomatite, de gingivite, d'abcès, de pyorrhée alvéolaire. Elles sont recommandées pour l'usage personnel des dentistes, lorsque ceux-ci craignent d'être atteints de *fœtor ex ore*.

Pendant que les congressistes s'intéressaient à ces remarquables travaux, les heures s'écoulaient rapidement ; il est près d'une heure après-midi ; il faut à la hâte quitter la salle des conférences pour se rendre au « Palace Hôtel » où doit avoir lieu le banquet officiel. Au dessert le président, *M. Senn*, porte le toast à la Patrie et *M. L. Guillermin* (de Genève) lève son verre en l'honneur de Lucerne, des dentistes lucernois et des hôtes étrangers M. le professeur Römer (de Strasbourg) et Mme Römer.

Vers quatre heures, les membres du Congrès prenaient place à bord du vapeur le « Gothard », après une promenade des plus charmantes sur le lac des Quatre-Cantons, un débarquement général était effectué au port de Vitznau ; bientôt la société se répand à travers les sentiers d'un parc fleuri. Pendant près d'une heure, les langues se délient, les souvenirs se ravivent, jusqu'au moment où la cloche du bateau annonce le signal du départ pour rentrer à Lucerne vers 7 heures 1/2 du soir. Le rendez-vous facultatif, et le souper au jardin du Stadthof furent quelque peu dérangés par la pluie qui se mit à tomber dès le retour.

Lundi matin à 8 heures 3/4, la séance débute par la démonstration de *M. W. Thiersch* (de Genève) sur les incrustations en or pour les molaires et les prémolaires. Cet habile opérateur rappelle que les prémolaires et les molaires doivent être obturées à l'aide d'incrustations en or estampé, parce que c'est le procédé d'obturation le plus solide, le plus propre à supporter les efforts de la mastication en même temps qu'il évite la fatigue du patient et de l'opérateur. En effet, à propos de ce dernier avantage qui a bien son importance, aussitôt la cavité préparée et l'empreinte prise, tout le reste du travail, les estampages et le soudage s'opère à l'atelier. C'est surtout pour les cavités approximales, d'accès difficile avec carie s'étendant au collet et dont il importe de redonner la forme anatomique au point de vue du contact interdentaire et de l'antagonisme avec la dent opposée, que ces incrustations en or estampé sont recommandées pour obtenir une obturation de contour des plus parfaits.

Il décrit ensuite le procédé opératoire pour préparer la cavité, prendre l'empreinte, estamper la matrice, le couvercle ou coiffe de surface externe, souder ces deux parties et les assujettir au ciment dans la dent.

Pour faciliter la compréhension de cette description, il utilise des dents géantes en plâtre, d'un grossissement allant jusqu'à qunize fois le volume ordinaire. La cavité doit être préparée de façon à permettre de retirer facilement l'empreinte ; sa forme doit être celle d'une caissette, c'est-à-dire le fond non concave mais plat ; les bords seront franchement clivés et polis. Pour les restaurations d'angle, la cavité sera prolongée en forme de queue-d'aronde sur la partie médiane de la face triturante, afin d'éviter que les efforts de la mastication ne soient bornés à l'angle, ce qui serait une cause de décimentation de l'incrustation.

Lorsque la cavité est préparée, avec de la composition pour empreintes on prend les modèles du haut et du bas afin de posséder la surface d'occlusion. Avec l'appareil à estamper d'Ash, la forme de la cavité étant reproduite en métal fusible, on estampe une matrice en platine mince de l'épaisseur de 1/10 de mm. ; avec les ciseaux on découpe les bords et l'on pratique dans la partie centrale une ouverture suffisante permettant de placer la soudure pour souder (après mise en revêtement), cette matrice avec la coiffe face et contour estampée en or de l'épaisseur de 3/10 de mm., celle-ci estampée après reproduction de la forme naturelle de la dent et coulage en métal fusible. Les sillons de rétention étant fraisés, il ne reste plus qu'à cimenter l'incrustation en ayant soin de la maintenir en place en pressant pendant au moins une minute, temps nécessaire pour atteindre le point de cristallisation du ciment.

Ces explications finies, M. Thiersch démontre la manière de procéder pour réussir ce genre de travail ; il soumet toute une série de modèles et d'incrustations permettant de se familiariser avec les détails de la manipulation. *MM. Senn, Eug. Muller* et *Gerster* remercient le démonstrateur et le félicitent pour la façon simple et pratique dont il a fait preuve en présentant son procédé,qui va devenir un moyen courant et général de restauration dentaire à l'aide des incrustations en or estampé.

*
* *

Au Congrès de Zurich, deux ans auparavant, un sujet d'actualité concernant l'art dentaire avait trouvé un rapporteur en la personne de *M. le professeur Gysi* (de Zurich) et il en était résulté une discussion des plus pratiques. Cette année, le président du Comité avait proposé l'étude de quelques sujets pouvant faire l'objet de rapports ; quatre sociétaires répondirent favorablement à cette proposition en faisant un rapport sur : 1° *la résection de l'apex radiculaire* ; 2° *la méthode de Bier* ; 3° *le formamint* ; 4° les expériences avec les *ciments au silicate.*

M. A. Thioly-Regard (de Genève) s'est occupé de la résection de l'apex des racines. Après avoir rappelé que c'est M. C. Martin

(de Lyon) qui le premier, en 1881, avait proposé la résection de la pointe radiculaire comme traitement de la périostite chronique, il indique ensuite, en décrivant leurs procédés opératoires, la plupart des auteurs ayant écrit favorablement sur la matière. Cependant des oppositions se sont élevées contre la généralisation de cette méthode ; au nombre de ceux qui ont déclaré être plutôt partisans du traitement médicamenteux il cite P. Dubois, A. Witzel (de Bonn), Masur et Otto Torger (de Dresde).

Le rapporteur énonce la conclusion que cette opération de résection apiculaire ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement lorsque tout traitement médical aura échoué et comme objectif d'une dernière tentative pour la conservation de l'organe infecté.

M. J. Froehner reconnaît avec M. Senn qu'il est possible de guérir la plupart des racines à pulpes gangrénées, par les moyens thérapeutiques ; le tricrésol-formol, par exemple, semble être appelé à jouer un grand rôle dans le traitement conservateur. Cependant ils ne pensent pas que la résection doive être condamnée tout à fait, elle peut avoir son utilité dans certains cas désespérés. M. Froehner termine en décrivant longuement le procédé opératoire qu'il suit pour pratiquer cette opération.

MM. Nagy et *Winzeler* citent deux cas où, après des traitements désinfectants pratiqués pendant de nombreux mois, des racines ont été guéries par la résection.

M. le prof. J. Machwuerth fait un rapport sur la *méthode de constriction* proposée par *Bier*. Au cours d'une maladie, Bier considère l'inflammation (hypérémie) comme un événement saillant et utile. L'hypérémie est un signe apparent d'une modification dans la circulation. Très souvent on cherche à déterminer artificiellement cette modification pour combattre certaines maladies infectieuses. L'action salutaire des remèdes irritants de la peau ordonnés depuis les temps les plus reculés pour réagir contre beaucoup d'affections a pour principal objet de faire naître de l'hypérémie.

Cela n'est pas seulement exact pour les cataplasmes chauds et les sacs à glace, mais encore pour les badigeonnages à l'iode, les compresses à l'alcool et les cautérisations.

Bier n'emploie aucun procédé révulsif qui produirait indirectement une lésion des tissus ; pour provoquer l'hypérémie, il se borne à deux moyens : l'air chaud pour accélérer la circulation et une bande constrictive ou bien un appareil à succion pour déterminer un ralentissement du courant sanguin. Avec l'air chaud, il est créé une hypérémie active, la région est parcourue par un afflux de sang qui facilite la guérison.

La bande de constriction ou l'appareil à succion produit une hypérémie passive, le réseau artériel est gorgé par le fait de la stase san-

guine. La chaleur est le moyen le plus pratique pour activer une hypérémie locale ; l'air chaud à une température de 100 degrés peut facilement être supporté, parce que, d'une part, l'air est un mauvais conducteur de la chaleur et, d'autre part, la transpiration protège contre la brûlure.

Bier a inventé un appareil à air chaud, dont l'emploi a été préconisé pour le traitement de la névralgie du trijumeau. Il pourrait être utilisé avec avantage pour combattre certains processus inflammatoires, des défauts de nutrition des régions maxillaires.

A la tête, l'hypérémie par constriction s'obtient au moyen d'une bande élastique enserrant le cou de façon à exercer une faible pression. A l'aide de la bande plus ou moins serrée, tous les degrés de l'hypérémie par constriction peuvent être produits.

Les appareils à succion pour usage dentaire, ressemblent à des ventouses avec ballon en caoutchouc d'aspiration, mais celles-ci sont trop volumineuses pour être utilisées dans la cavité buccale, alors on a établi des tubes à succion qui peuvent être placés partout. L'effet de la succion ne doit pas être trop fort, ni durer trop longtemps, mais il doit être léger et avec intervalles de relâche pour permettre la circulation dans les tissus.

Le prof. Jul. Witzel (d'Essen) a publié un cas de guérison d'ostéomyélite compliquée du maxillaire inférieur droit ; par la méthode de constriction de Bier chez un jeune patient âgé de 15 ans, traité à l'aide du bandage élastique intermittent du cou, M. Machwuerth fait circuler la photographie (mise gracieusement à sa disposition) de ce cas intéressant. Sans opération, il se détacha du maxillaire nécrosé, la dent de sagesse, l'angle de la mâchoire et deux séquestres volumineux. Le prof. J. Witzel pense que la méthode de Bier pourra être de plus en plus employée comme moyen de traitement pour certaines affections osseuses, phlegmoneuses, périodontites, périostites et pour la sortie difficile de la dent de sagesse liée avec la contracture de la mâchoire et fistule de la gencive.

Déterminer une hypérémie artificielle est un moyen de guérison tout aussi indiqué que ceux employés en thérapeutique pour le traitement radical et conservateur des organes.

M. Senn remercie chaleureusement le rapporteur d'avoir développé d'une manière aussi détaillée et aussi compréhensible la méthode de Bier. Il rappelle que Schröder, pour remédier au défaut des ventouses en verre qui ne s'adaptent pas exactement au bord alvéolaire, a conseillé de prendre l'empreinte pour chaque cas particulier afin de les obtenir en caoutchouc vulcanisé.

M. J. Froehner ajoute qu'il ne doute pas que, dans nombre de cas d'affections compliquées des maxillaires en corrélation avec la cavité buccale, la bande de constriction de Bier n'ait une certaine valeur

pour amender la situation, mais ce traitement demande à être surveillé attentivement, ce qui n'est pas possible dans la pratique dentaire, les patients ne restant pas sous un contrôle suffisant. En tous cas, il est intéressant de constater que Bier et ses disciples remettent en honneur des moyens dérivatifs quelque peu oubliés, comme par exemple les emplâtres gingivaux au capsicum.

M. Th. Faesch (de Bâle) présente un rapport sur les tablettes de « formamint » destinées à remplacer les gargarismes désinfectants souvent très désagréables et dangereux surtout chez les jeunes enfants qui, ne sachant pas se gargariser, risquent d'avaler tout ou partie d'un gargarisme contenant des substances plus ou moins toxiques.

Il résulte de l'analyse du formamint que ces tablettes se composent de formaldéhyde, de sucre, d'acide citrique, de pepsine et de gomme arabique ; elles sont solubles dans l'eau et peuvent être chaudement recommandées à cause de leurs propriétés antiseptiques, pour les soins de la bouche et des dents.

Malgré leur très forte action désinfectante, elles ne sont pas dangereuses pour la santé, sont agréables à prendre et peuvent être ordonnées sans danger à la dose d'une tablette toutes les heures.

M. Faesch a éprouvé le formamint avec un réel succès dans sa famille et dans sa clientèle ; les dentistes peuvent l'ordonner avec confiance et en faire prendre dans le cabinet avant d'opérer des patients atteints de grippe catarrhale.

M. Senn se joint aux éloges du rapporteur en faveur du formamint, qui remplace avantageusement les gargarismes, que beaucoup de personnes et d'enfants ne savent pas prendre ; il est surtout indiqué dans les cas où la désinfection buccale est nécessaire, mais où il ne peut être ordonné des gargarismes comme par exemple pour les fractures du maxillaire. Une pastille toutes les heures ou même toutes les demi-heures ne peut être nuisible.

M. Gerster (de Berne) vante également ce produit désinfectant ; il a pu se rendre compte que toutes les louanges qui avaient été prononcées à propos du formamint sont parfaitement justes et méritées.

M. le prof. Gysi (de Zurich) qui, deux années auparavant, a déjà fait un rapport sur les ciments au silicate, a continué ses expériences et vient donner le résultat de ses observations.

Il a essayé un grand nombre de ciments transparents, mais il est resté fidèle au ciment d'Ascher, ayant constaté sa supériorité sur tous les autres ; il se triture plus facilement, il est plus ferme et se dissout moins au contact de la salive.

Sa manipulation est importante ; l'Ascher ne doit pas être porté en masse dans la cavité, mais par parcelles comme pour l'amalgame, sa consistance doit être plutôt épaisse, dure, la forme des fouloirs

n'est pas indifférente : ceux dont l'extrémité est renflée détachent le ciment, le font déplacer et sortir de la cavité lorsqu'on les retire.

Naturellement, au point de vue de la durée d'une telle obturation, il faut considérer les soins d'hygiène buccale du patient, l'influence de sa salive, sa force masticatoire, etc. On ne peut pas prétendre que par l'effet de sa composition, il y ait plus de danger pour la pulpe qu'avec tout autre ciment. En résumé, malgré les petits inconvénients que présente cette substance obturatrice, elle ne doit pas être repoussée, c'est au praticien d'en faire un emploi judicieux.

M. Faesch déclare qu'après de récentes analyses chimiques il ne s'est plus trouvé de substances nuisibles pour la pulpe, la composition du ciment d'Ascher a dû être remaniée et améliorée. *MM. Kühn* (de Zoug), *S. Stocker* (de Zurich), *Gersler* (de Berne) et *de Terra* (de Zurich) viennent également donner leurs appréciations sur la valeur des obturations avec ce ciment au silicate, en particulier ils insistent sur la nécessité de se servir d'instruments de verre, d'agate ou de celluloïde légèrement lubrifiés avec de la vaseline.

M. Eug. Muller (de Zurich) certifie qu'il a fait passablement d'épreuves avec ces nouveaux ciments, ce qui lui permet d'ajouter de judicieux conseils. L'état de la température, en rapport avec la saison, influe sur la facilité avec laquelle ils peuvent être travaillés ; en été ils sont plus difficiles à manier qu'en hiver ; ils cristallisent alors beaucoup plus rapidement. Pour éviter ces désagréments, M. Muller a fait établir un appareil réfrigérant composé d'une boîte métallique dont les parois sont garnies d'un système spiral d'un petit tuyautage avec orifices d'arrivée et de sortie laissant passer un courant d'eau froide. Pendant la saison estivale, les plaques de verre, ciment (poudre et liquide) et instruments appropriés peuvent être tenus au frais au centre de cette boîte.

Il n'est pas partisan d'utiliser les ciments au silicate pour façonner de grandes obturations, il conseille dans ces cas de toujours commencer avec un autre ciment ordinaire pour se servir de l'Ascher comme couverture externe. Il emploie le ciment d'Ascher pour façonner des facettes dentaires, par exemple, lorsque dans un pont une dent s'est rompue ; il existe un ciment rose transparent très utile pour faire de la gencive rose appliquée sur le fond estampé avec bordure d'or comme maintien.

M. Muller rappelle que M. F. Kleinsorgen (d'Elberfeld) a recommandé d'ajouter quelque peu d'huile en triturant la masse, lui-même a suivi ce conseil, il a trouvé que le travail de trituration était plus facile et se faisait mieux.

Il termine en présentant des spécimens finement modelés et de bonne apparence de ses derniers travaux or et ciments d'Ascher.

M. E. A. Hafner (de Zurich) déclare ne pas être d'accord avec

M. Gysi, rapporteur, lorsque celui-ci mentionne que le ciment doit être introduit plutôt dur dans la cavité ; il a essayé de suivre ce conseil, mais il n'en a pas été satisfait. Il a également reconnu que pour les obturations de contour, le ciment d'Ascher laisse à désirer, enfin il adresse une note de blâme contre certains dentistes qui par cupidité cherchent à faire naître dans l'esprit de leurs patients, une confusion en désignant le ciment au silicate comme de la porcelaine.

M. Senn donne quelques indications au sujet des ciments translucides, il ajoute que toutes les poudres à base de zinc peuvent contenir de faibles traces d'arsenic, par conséquent on ne peut pas prétendre que tout danger du côté de la pulpe a disparu.

Il s'élève aussi avec M. Hafner et M. H. Perron de Genève (qui a publié à ce propos un article dans la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie*), contre la preuve d'indélicatesse de certains professionnels qui font passer des ciments au silicate pour des incrustations en porcelaine.

Dans la même idée de protester contre le manque d'honorabilité professionnelle dont se rendent complices quelques rares confrères, *M. Wirth* (de Berne) exhibe un travail peu consciencieux posé par un dentiste, lequel, assurant exécuter un système de conservation tout à fait moderne, avait placé quatre couronnes d'or pour recouvrir les quatre prémolaires supérieures, dont deux seulement présentaient de petites caries du deuxième degré faciles à obturer.

Il est midi et quart quand le président remercie les auteurs des travaux et ceux qui avaient pris part aux discussions, puis il lève la séance en invitant l'assemblée à se rendre immédiatement à l'hôtel Victoria pour le banquet d'adieux, avancé d'une demi-heure afin de permettre aux dentistes venus des extrémités du territoire suisse de prendre les trains de l'après-midi pour retourner chez eux. Les congressistes, une dernière fois réunis, applaudissent, au dessert, les toasts portés par *MM. Steiger, Billeter, Thioly-Regard ; M. E. Matthey* (de Neuchâtel) les invite cordialement à assister nombreux à la prochaine assemblée générale qui se tiendra dans cette ville en mai 1908.

CONGRÈS DE REIMS (1er-6 AOUT 1907)

SECTION D'ODONTOLOGIE

Liste des nouveaux adhérents.

Armand Buffet, Périgueux.
De Périndorge, Hong-Kong.
Lebert, Bourges.
Rosenfeld, Sedan.
Rubbrecht, Bruxelles.
Fléty, Dijon.
Ash, Londres.
Brémant, Paris.
Rigolet, Auxerre.
Baruch, Bruxelles.
Decker, Luxembourg.
Lacroix, Bruxelles.

Nouvelles communications inscrites.

Cavalié. — 1° Le collet des dents (collet anatomique et collet apparent ou clinique).
2° Les polypes de la pulpe dentaire.
3° Le mécanisme d'expulsion des amalgames. (Action des dentines condensantes.) (En collaboration avec le Dr Houpert.)
4° Calcification pathologique de l'ivoire.
5° Note sur quelques cas d'épulis.
6° Les kystes d'origine dentaire.
7° Emploi du thigénol dans les infections dentaires.

Etchepareborda. — Présentation d'un stérilisateur.

Didsbury. — Le traitement de l'onycophagie par les appareils de prothèse dentaire.

Cramer. — Procédé d'estampage des bases métalliques. Paremboutinage. Présentation de pièces.

Heïdé. — L'érosion.

Rosenfeld. — Des extractions compliquées.

Nouvelles démonstrations pratiques.

Amoëdo. — Technique des articulateurs anatomiques.
L'or quadrillé pour les faces triturantes des couronnes en or et bridges.

Rubbrecht. — L'orthodontie.

G. Villain. — Bridges physiologiques.

G. Villain et C. Bouillant. — Enseignement de la prothèse au laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris.

Prudhomme. — Démonstration d'anesthésie par le chlorure d'éthyle par les masques à vessie. (Camus et Robinson.)

Brémant. — 1° Divers tableaux.
2° Stérilisoir électrique.
3° Compresseur d'air.
4° Projecteur.

Cramer. — Présentation d'une presse à emboutir avec démonstration pratique.

Franchette. — Les travaux pratiques des élèves de première année. Enseignement à l'Ecole odontotechnique.

Blatter et Paillotin. — Les travaux pratiques des élèves de première année. Enseignement à l'Ecole dentaire de Paris.

Lee. — Le sujet sera indiqué ultérieurement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

LES DENTISTES ÉTRANGERS ET LE CONGRÈS DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Nous avons déjà montré par de nombreux exemples l'opinion des personnalités les plus importantes de la dentisterie dans la question stomatologique, et on a pu voir, par les déclarations des Kirk, des Brophy, des Miller, pour ne citer que quelques-unes des plus récentes, que tous étaient très nettement partisans de l'autonomie de l'art dentaire et adversaires déclarés de la conception stomatologique.

Ainsi donc, en dépit des efforts des stomatologistes, non seulement l'immense majorité des dentistes du monde entier se prononce en faveur de l'autonomie de l'art dentaire, mais encore cette opinion est défendue ardemment par tous ceux qui, médecins ou non, s'occupent de l'enseignement dentaire et qui, somme toute, forment l'élite professionnelle. Ce sont là des faits qui ne peuvent manquer de frapper des esprits impartiaux puisqu'ils montrent que, dans tous les pays, ceux qui sont les mieux informés des nécessités de l'enseignement dentaire, puisqu'ils s'en occupent d'une façon suivie, rejettent comme absolument erronée la conception qui subordonne l'enseignement de l'art dentaire à l'enseignement médical.

Sans doute aucun d'eux ne songe à nier la nécessité, pour le dentiste, de certaines connaissances médicales ; mais ce qu'ils affirment c'est que celles-ci, au même titre que les connaissances techniques diverses (mécanique, moulage, bijouterie, etc.), ne forment qu'une partie restreinte de l'ensemble des connaissances du dentiste. Ils pensent qu'il y aurait le plus grand danger, pour le progrès de l'art dentaire, à ce que celui-ci

se laisse absorber d'une façon excessive par une partie seulement des études qui sont nécessaires à la connaissance et à la pratique de notre art. Ceci s'appliquerait avec la même force et la même logique à tout raisonnement qui prétendrait subordonner l'enseignement dentaire à la connaissance complète de l'un des arts mécaniques ou techniques qui concourrent à former l'ensemble des connaissances que doit posséder quiconque veut exercer l'art dentaire avec compétence.

En suivant le raisonnement des stomatologistes jusqu'au bout il faudrait logiquement rattacher à la médecine toutes les sciences qui, de près ou de loin, touchent à celle-ci et donner aux seuls médecins le droit exclusif d'être pharmaciens, vétérinaires, bandagistes, etc., etc. Ce simple exemple devrait suffire à juger les prétentions des stomatologistes.

La prochaine ouverture du Congrès de stomatologie de Paris et les déclarations de ses organisateurs ont excité en France un mouvement très net d'hostilité de la part des dentistes frappés d'ostracisme par ces dentistes malgré eux *qu'ils avaient toujours accueillis sans restriction dans leurs congrès dentaires. La déclaration votée par la* Société centrale des dentistes allemands *(la plus importante société allemande) a déjà montré à nos lecteurs (Voir* Odontologie *du 15 juin 1907) l'état des esprits à l'étranger vis-à-vis du Congrès de stomatologie. Tout récemment vient de paraître une lettre qui, et par la personnalité de son auteur et par la netteté de ses déclarations, est encore plus significative s'il est possible.*

Le Comité d'organisation du Congrès de stomatologie ayant adressé une invitation à participer au Congrès à notre distingué confrère, M. Walkhoff, professeur à l'Université de Munich, celui-ci y a répondu par une lettre ouverte que l'on trouvera plus loin. Nos lecteurs y retrouveront, exposées avec une ardeur qui nous ravit, les idées que nous avons toujours défendu

dans ce journal et qui sont tout à fait conformes à la déclaration de principe du Groupement de l'École dentaire de Paris. C'est une profession de foi nettement odontologique en même temps qu'un appel à l'union des dentistes de tous les pays contre les stomatologistes qui veulent accaparer l'art dentaire à l'exclusion des dentistes qui l'ont créé et l'ont amené au degré de perfectionnement où il est aujourd'hui. Il faut lutter d'autant plus vigoureusement que, ainsi que le fait remarquer M. Walkhoff, les pouvoirs publics, dans tous les pays, n'ont que trop tendance à se laisser influencer par les sophismes stomatologiques qui présentent l'art dentaire comme une partie intégrante de la médecine.

A la lettre si topique de M. Walkhoff, M. Cruet a fait une réponse qui fait piètre figure à côté de la vigoureuse attaque de notre confrère munichois. Celui-ci y répond du reste dans un article que nous reproduisons également, à la suite du premier, et qui nous dispense de plus longs commentaires car on ne saurait mieux défendre la doctrine odontologique que ne l'a fait M. Walkhoff.

Signalons cependant dans la lettre de M. Cruet cette phrase que l'on lira avec stupéfaction : « Les stomatologistes... n'ont nullement critiqué les dentistes qui ne sont pas médecins ; ils n'ont pas nié leur utilité, ni leurs travaux dans le passé et peut-être dans le présent et dans l'avenir. »

Pour une affirmation osée, je crois que celle-là peut marquer un record et que nous pourrions dire suivant le mot fameux : « Qui trompe-t-on ? » Cette phrase a été sans doute écrite dans le but de ne pas nuire au recrutement du Congrès de Stomatologie en en éloignant les confrères non médecins, qu'on espère rallier à ce Congrès, surtout à l'étranger, pour leur faire jouer le rôle du guillotiné par persuasion. En dépit des affirmations de M. Cruet, ces adhésions sont des plus rares et la lettre de M. Walkhoff a dû causer

une cruelle désillusion au Comité d'organisation du Congrès de Stomatologie en lui montrant que les étrangers n'étaient pas dupe de ses avances et que, pas plus que les Français, ils ne se méprenaient sur la portée de ce Congrès.

Faisons remarquer toutefois à M. Walkhoff qu'il fait une confusion quand il paraît généraliser à tous les dentistes français les opinions des stomatologistes. Ceux-ci, de leur propre aveu, ne forment, en France comme en Allemagne, qu'une infime minorité et il importe de ne pas laisser s'égarer sur ce point l'opinion du corps professionnel ni des pouvoirs publics. C'est le seul point sur lequel nous formulions quelques réserves dans les deux lettres de notre confrère de l'Université de Munich auquel nous sommes heureux d'adresser nos bien cordiales félicitations.

MAURICE ROY,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
D. E. D. P.,
Dentiste des Hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

LE 1er CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE ET SON IMPORTANCE POUR LES DENTISTES ALLEMANDS

Lettre de M. le Professeur Walkhoff, au secrétaire général du Congrès de Stomatologie de Paris.

Très honoré docteur, je vous remercie beaucoup de l'invitation que vous m'avez aimablement envoyée pour le 1er Congrès français de Stomatologie, mais je dois vous faire savoir tout de suite qu'il m'est malheureusement tout à fait impossible d'y prendre part pour la raison que mes principes sont entièrement opposés au contenu de votre lettre. Permettez-moi de m'expliquer à ce sujet.

Vous dites dans les dispositions de l'art. 2 relatif au 1er Congrès français de Stomatologie : « Ont qualité pour prendre part au Congrès :

1° Les membres de la Société de Stomatologie de Paris ;

2° Tous les médecins de France et de l'étranger qui s'intéressent à la Stomatologie ;

3° Comme membres extraordinaires, les personnalités auxquelles,

en raison de leur rôle et de leur situation, le Comité d'organisation accordera le droit d'y participer. »

En présence de ces dispositions je dois tout d'abord établir en ce qui me concerne personnellement que, quoique docteur en médecine *honoris causa* et professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Munich, je ne suis pas médecin, de sorte que je ne connais pas toutes les maladies de l'organisme, comme vous le déclarez essentiel pour ceux qui se livrent à l'art dentaire. Je pourrais encore moins traiter toutes ces maladies. Je suis cependant chirurgien-dentiste et crois pouvoir dire sans forfanterie que je suis dans cette spécialité, d'après l'état actuel de la profession, passablement compétent en pratique aussi bien qu'en théorie.

Je ne puis aucunement admettre que la connaissance de toute la médecine générale soit nécessaire à l'exercice de l'art dentaire.

Je trouve de plus notre spécialité si vaste qu'en matière de médecine générale si je voulais en outre me livrer à la théorie et surtout à la pratique, je ne serais jamais qu'un dilettante. Je préfère bien posséder complètement une petite branche et j'estime que le domaine de la dentisterie ne semble petit qu'à celui qui ne le possède pas. Je prétends absolument que la dentisterie d'aujourd'hui guérit aussi et qu'elle est, par suite, une branche de la médecine. Elle embrasse, comme toute autre spécialité, des organes du corps humain et guérit ces organes, même avec une sûreté toute particulière, que ne présentent pas d'autres branches spéciales de l'art de guérir. Mais cette guérison s'obtient pour la plus grande partie par d'autres moyens que ceux que le médecin actuel apprend dans ses études générales, et il est loin de les posséder, même quand il a terminé ses études à l'Université par le doctorat en médecine.

Le médecin est jusqu'à présent sur le terrain un dilettante de l'art dentaire véritable, tout comme un dentiste qui veut traiter les autres maladies de l'organisme. L'histoire de l'art dentaire nous enseigne de la façon la plus claire que ce n'est pas aux procédés et aux méthodes de traitement de la médecine générale que le dentiste doit principalement ses succès, mais à ses propres procédés, créés par lui-même. Je dis ceci ouvertement, bien que je sois le dernier à ne pas reconnaître et à ne pas apprécier aussi la valeur qu'ont certaines études de médecine générale en ce qui concerne l'art dentaire, et à ne pas en apprendre ce qui peut être utile à notre profession. Mais, d'autre part, je prétends que les connaissances actuelles en médecine générale, même dans toute leur étendue, n'habilitent pas sans autre chose un médecin à exercer l'art dentaire moderne, même s'il s'y « intéresse ». Et la dentisterie est pourtant bien une petite partie, quoique de beaucoup la plus importante de la Stomatologie, parce que les dents fournissent la plupart des maladies de la bouche.

Un docteur en médecine, qui peut-être n'a aucune idée du véritable art dentaire, mais qui « s'intéresse à la Stomatologie », peut donc sans autre chose être membre de votre Congrès, alors qu'un dentiste, qui peut être un maître dans sa partie, en est exclu, parce qu'il n'est pas docteur en médecine. C'est là un illogisme énorme. Mais ce n'est pas le seul. Tout spécialiste doit être parfaitement au courant de la partie choisie par lui, pouvoir la pratiquer et aussi en exercer la thérapeutique complètement ; autrement il mérite à peine le titre de médecin spécialiste. Je crois pouvoir affirmer que les savants dentistes d'aujourd'hui, en plusieurs pays, connaissent *les dents* à fond et savent les traiter de même. Ils connaissent aussi les conséquences qui peuvent affecter les organes voisins par suite de maladies négligées des dents. Et il n'est pas rare qu'une intervention purement dentaire donne de meilleurs résultats dans le traitement de ces organes que tous les moyens médicaux. Par contre je doute fort que le soi-disant « stomatologiste » (et ce serait pourtant là son rôle d'après son nom) traite habituellement les maladies de *la bouche*. Il n'attache pas d'ordinaire la plus grande importance aux maladies de la bouche, mais plutôt à celles d'une petite partie de la bouche, c'est-à-dire *les dents*, organes pour lesquels il y a, depuis longtemps, des spécialislistes dans la plupart des pays. C'est ainsi qu'il ne traite jamais par exemple la tuberculose, la syphilis, les tumeurs malignes, les fissures et autres maladies graves de la bouche, tandis que d'autres spécialistes traitent habituellement seuls leurs organes spéciaux, comme les dentistes traitent seuls les dents.

Personne n'oserait affirmer sérieusement que le stomatologiste sait mieux traiter les maladies des dents, parce qu'il est docteur en médecine. On serait alors contredit aussitôt par des exemples éclatants tirés de l'histoire. Les principales découvertes, qui ont été faites jusqu'à présent dans la pratique et dans le traitement des dents et en particulier en dentisterie opératoire, ont été faites par des dentistes qui n'étaient pas médecins. Et, pour cette raison déjà, il ne fallait pas interdire à des dentistes ayant une culture scientifique, sans être docteurs en médecine, l'accès d'un Congrès où l'on doit s'occuper *surtout* des dents et de leur traitement, et où ceux qui ont le droit de participation ne veulent aussi soigner et occuper que ce terrain. D'ailleurs il est connu que les conditions requises pour le doctorat en médecine sont très variables suivant les pays, de sorte que l'obtention de ce titre n'est pas du tout une preuve de la culture médicale. Mais si l'on retire, dans les connaissances actuelles sur les maladies des dents et de la bouche et sur leur traitement tout ce qui a été créé par les dentistes, il ne restera pas grand'chose du traitement rationnel de ces maladies. Les stomatologistes croient maintenant pouvoir remplacer simplement les dentistes ; ils voudraient

faire disparaître ceux-ci pour se mettre aisément à leur place, et cependant ils bâtissent principalement sur les fondements posés par ces hommes qu'ils veulent condamner irrévocablement et n'ont encore rien accompli de saillant.

Il semble aux stomatologistes qu'il doive y avoir une séparation rigoureuse entre eux et les dentistes. Non seulement le règlement de votre Congrès semble vouloir établir cette séparation, mais aussi le fait que les dentistes sont exclus du Congrès international de médecine de Budapest en 1909, et la formation annoncée d'une association internationale de praticiens qui, sur la demande de la Belgique et de la France, s'intitule « Stomatologique » (V. *Stomatologiai hozlomy*, janvier 1907). Je renonce à faire une comparaison approfondie de l'art dentaire et de ce qu'ont produit ses représentants au point de vue scientifique et pratique dans les différents pays. Mais je prétends que les Américains, les Anglais et les Allemands peuvent, dans cette branche, lutter facilement avec la France, la Belgique et la Hongrie, qui se disent aujourd'hui ouvertement bien plus avancées que les représentants des autres nations et soutiennent avoir dépassé ce qu'ils ont fait. En Allemagne, cette question nous laisse encore assez froids. Les dentistes ont toujours jusqu'ici accueilli à bras ouverts les médecins spécialistes des « maladies de la bouche et des dents », et la grande majorité de ceux-ci exercent exactement les mêmes fonctions que les dentistes et ne s'occupent que dans une très faible mesure des véritables maladies de la bouche. Heureusement, les manières de voir qui se font jour en France, en Belgique et en Hongrie n'ont pas encore pénétré en Allemagne, à l'exception de quelques cas isolés. Nous dentistes, nous voulons aussi à l'avenir éviter le plus possible les différends avec les médecins qui empiètent sur nos fonctions. Pourtant, si la séparation fondamentale recherchée par les stomatologistes d'autres pays devait aussi prendre pied ici, ce n'est pas seulement une lutte scientifique, mais une lutte économique entre les deux professions créées artificiellement et séparées qui devrait en être la conséquence nécessaire. Mais, à mon avis, cette lutte ne serait profitable à aucun des deux partis et moins encore à la cause elle-même. Les stomatologistes en seraient d'ailleurs seuls responsables.

Vous voyez par ce qui précède, très honoré docteur, que mes opinions ne sont aucunement conformes à celles des stomatologistes, telles que les exprime la lettre d'invitation du Comité. C'est pourquoi j'ai le regret de ne pouvoir assister au Congrès. Comme d'ailleurs je ne suis pas médecin, je ne pourrais, d'après votre Règlement (art. 2, n° 3), tout au plus obtenir du Comité d'organisation que d'y participer « comme membre extraordinaire, en raison de mon rôle et de ma situation ». Je regrette d'avoir à refuser cette offre.

Je ne suis pas habitué à paraître dans un Congrès comme membre extraordinaire et par autorisation spéciale d'un Comité. Je considérerais du reste comme indigne d'un professeur d'Université allemande d'accepter qu'un Comité étranger privé décidât de son droit à être admis (comme membre extraordinaire) à un Congrès scientifique dans lequel la branche qu'il enseigne est la matière des discussions. Je passe simplement sur une pareille prétention. Et j'accepterais tout aussi peu cette invitation en tant que dentiste se livrant à la science et à la pratique, dans de telles conditions, quand la plupart de mes collègues en seront exclus, parce qu'ils ne possèdent pas un titre qui, pour la profession elle-même, ne prouve pas autre chose si ce n'est qu'ils se sont occupés à un moment de médecine générale. Ce titre n'a cependant aucunement, au point de vue de la capacité pratique, ni même scientifique de celui qui le possède, la signification que les stomatologistes veulent lui donner. Un titre n'a jamais fait un médecin.

Recevez, très honoré docteur, l'expression de ma considération distinguée.

Dr Walkhoff,
Professeur à l'Université.
(Faculté de médecine de Munich.)

Post-scriptum.— L'explication tout à fait nécessaire et très attendue de cette situation est venue plus vite que je ne l'avais pensé. Le but final de ces stomatologistes est indéniable. Ils veulent supplanter les dentistes, auxquels ils contestent leur droit à l'existence, tandis qu'ils voudraient se mettre à leur place. Et en quoi sont-ils qualifiés pour le faire ? Peut-être par leurs travaux ! Il est plus que remarquable de voir la tâche que s'est imposée ce premier Congrès stomatologique. Dans le no 3 de l'*Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie* qui vient de paraître, deux grands rapports sont établis dans ce but : 1° Principes fondamentaux du redressement des dents ; 2° Les dents comme porte d'entrée des infections et de l'infection générale. En outre les questions suivantes sont posées pour la discussion générale : 1° Les incrustations (blocs d'or et de porcelaine, etc.) ; 2° Traitement de la pyorrhée alvéolaire. En posant justement ces questions les stomatologistes montrent qu'à l'occasion ils ne sont que dentistes et que leur premier congrès ne se distingue d'un congrès dentaire que par un nom sonnant bien. Ou bien veulent-ils prétendre que ces questions sont purement du domaine des stomatologistes et que les dentistes n'ont pas encore travaillé sur ce terrain ? Qui donc a créé le domaine de l'orthodontie si important aujourd'hui ? Uniquement des dentistes qui n'étaient pas du tout en même temps des praticiens de la médecine. Et le plus grand bactériologiste en dentisterie, Miller, ne s'est jamais qualifié autrement que dentiste.

Il n'y a pas besoin de prouver non plus que toutes les méthodes d'obturation et que la plupart des conquêtes techniques d'une valeur durable sont dues uniquement à des dentistes.

Il est véritablement difficile de ne pas écrire une satire ici.

Une phrase semblable : « seul un docteur en médecine qui s'y intéresse peut faire preuve d'une action utile en matière de maladies de la bouche » se juge d'elle-même à nos yeux. Seulement il est dangereux que des choses de ce genre se répandent dans des milieux profanes, qui, par exemple, pourraient être compétents pour la législation. C'est pour cela que nous devons prendre position en cette matière.

Ce qui prouve combien j'ai apprécié avec justesse la situation créée aux dentistes allemands, c'est ce qui suit. Le n° de mars de l'*Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie* annonce la fondation de l'Association stomatologique internationale qui doit avoir lieu à l'occasion du premier Congrès français de stomatologie. Je lui emprunte les passages suivants :

« L'Association stomatologique internationale se composera uniquement de médecins s'intéressant à la stomatologie. Elle comprendra les délégués officiels de toutes les sociétés stomatologistes du monde entier, les délégués des instituts et cliniques stomatologiques ou des instituts dentaires et des cliniques d'Université. Chaque société aura droit à 5 délégués par 100 membres ou par fraction de 100 membres, chaque Revue et chaque Institut ou clinique à 1 délégué. Ont seules le droit d'être représentées les Sociétés qui se composent uniquement de médecins. Ont seuls le droit d'être représentés les Revues et Bulletins dont le Comité de rédaction se compose uniquement de médecins, ainsi que les Instituts et Cliniques dont le corps professoral est exclusivement médical. »

Toute explication affaiblirait la portée de ce langage. Les Sociétés dentaires allemandes, les Revues allemandes et aussi la plupart des Instituts dentaires d'Université et leurs représentants ne peuvent pas être représentés dans cette Association ; ils en sont tous exclus *ipso facto*.

Le résultat, c'est la séparation nette et complète des stomatologistes d'avec les dentistes. Mes confrères allemands peuvent agir en conséquence.

D'après ces déclarations des stomatologistes, ce serait à mon avis, trahir notre cause si un seul dentiste allemand assistait à ce Congrès ou à d'autres Congrès analogues. Cette question doit avoir une importance capitale pour le Congrès dentaire international de 1909. On comprend maintenant pourquoi nous avons été exclus du Congrès de Lisbonne en 1906 et pourquoi nous le sommes de celui de Budapest en 1909. La F. D. I. est également sérieusement menacée

par cette mesure inouïe des stomatologistes. J'espère que les dentistes du monde entier s'uniront d'autant plus étroitement entre eux.

A la lettre qu'on vient de lire et qui n'a été reproduite qu'en partie dans la Revue de Stomatologie *M. Cruet a répondu, ainsi que nous le disons plus haut, par une lettre publiée dans la même Revue, à laquelle M. Walkhoff a fait la réponse suivante :*

NOUVELLES REMARQUES SUR LES ATTAQUES DES STOMATOLOGISTES

Par le professeur Walkhoff, de Munich.

A la suite de la lettre ouverte que j'ai adressée au secrétaire général du premier Congrès français de stomatologie et publiée dans le n° 17 de la *Deutsche zahnärztliche Wochenschrift* j'ai reçu un mombre considérable de lettres, même de l'étranger. Toutes m'approuvent, sauf une. Or, M. le Dr Cruet, président de ce Congrès, a cru me confondre dans une lettre, dont quelques points présentent un intérêt général, car ils éclairent davantage la situation à divers points de vue ; c'est pourquoi je les soumets au jugement de mes collègues.

M. Cruet m'écrit avec cette idée générale que les stomalogistes français ont parfaitement le droit d'organiser un Congrès auquel ne seront admis que des médecins. Je n'ai jamais contesté cela naturellement ; j'ai seulement trouvé singulier et même injuste qu'on exclue les dentistes qui ne sont pas en même temps médecins de Congrès, qui ne sont en réalité que des Congrès dentaires. Certes le programme stomatologique exact est ainsi conçu dans le manifeste du comité d'organisation dudit Congrès : « On peut soutenir avec raison qu'aujourd'hui seul le doctorat en médecine dans chaque spécialité sanctionne la valeur et la dignité du praticien et assure en même temps la confiance du public. » Toutefois M. Cruet n'a pas fourni dans sa lettre la moindre preuve de cette affirmation et il aurait dû le faire en présence d'une idée fondamentale semblable. Il aurait dû prouver en outre que les dentistes qui n'ont pas le doctorat en médecine sont moins ferrés que les docteurs en médecine sur les matières que le Congrès précité a choisies pour les deux grands rapports et pour ses questions en vue d'une discussion générale. Les stomatologistes ne semblent toujours pas comprendre les attaques vigoureuses auxquelles ils s'exposent de la part des dentistes en formulant de pareilles assertions, sans en apporter les preuves. D'après M. Cruet, il s'agit seulement de montrer « qu'on remplit mieux et plus sûrement ces fonctions comme médecin ». Comme confirmation il avance dans sa lettre qu'un abcès dentaire, une hémorragie buccale, une narcose sont des

faits analogues des mêmes processus en médecine générale. M. Cruet semble croire que les dentistes ne le savent pas. Même en supposant qu'il en soit ainsi, il faut demander à M. Cruet si c'est vraiment la principale occupation des stomatologistes de s'occuper de choses semblables dans leur pratique et pourquoi il ne place pas ces sujets comme idée fondamentale du programme de son Congrès qui devrait, puisque c'est le premier, montrer ce qui distingue tout particulièrement les stomatologistes des dentistes actuels. Au lieu de cela, les sujets sont exactement les mêmes que dans tout grand Congrès dentaire. M. Cruet m'écrit en outre : « Nous avons toujours cru que le progrès consistait précisément à agrandir notre domaine, à l'élever, à substituer la science et la connaissance à l'empirisme. »

Je crois pouvoir aussi revendiquer cette prétention pour les dentistes. Or nos voies vont dans des directions un peu différentes. On a, à mon avis, comme dentiste, bien assez à faire pour se maintenir à la hauteur de sa profession à tous égards. Qu'on regarde seulement par exemple à présent une assemblée du *Central Verein Deutscher Zahnärzte* sous le rapport de ce qui est présenté en matière scientifique. Je crois qu'on trouvera difficilement quelqu'un d'assez prétentieux pour soutenir qu'il est un maître dans toutes les branches qui y sont abordées et qu'il n'a plus rien à apprendre. Il en est bien peu qui possèdent à fond dans tous ses détails toute la dentisterie telle qu'elle existe aujourd'hui scientifiquement et pratiquement. C'est la sage limitation de notre branche spéciale et sa culture rationnelle et exacte qui assurent précisément nos succès, qu'aucune autre branche ne peut remplacer, et non pas un dilettantisme dans les domaines voisins, que nous connaissons certes, mais que nous ne voulons pas faire entrer dans l'exercice de notre spécialité. M. Cruet écrit, au lieu de cela : « Les stomatologistes sont bien obligés de constater, dans leur pays, qu'ils ont la prétention de connaître, qu'à l'heure actuelle ne pas être médecin constitue une infériorité certaine et une insuffisance absolue pour l'exercice de leur spécialité telle qu'ils la comprennent. »

Nous devons, nous autres dentistes d'Allemagne, protester un peu contre une pareille conception.

M. Cruet se réfère ensuite encore à des dispositions relatives aux Congrès médicaux internationaux d'après lesquelles « la porte de ces Congrès est ouverte par le bureau à des confrères distingués, sans qu'ils soient médecins ».

Or, la résolution adoptée par le *Central Verein* dans sa dernière réunion indique suffisamment ce qu'on pense en Allemagne à cet égard. D'après le rapport remarquable de Miller qui expose toute la question de la manière la plus précise, la résolution suivante a été prise à Hambourg sur la proposition précisément de cet homme

auquel M. Cruet lui-même ne saurait certes pas contester un jugement compétent, éclairé et autorisé en raison de ses connaissances et de ses travaux en cette matière :

« Le *Central Verein Deutscher Zahnärzte* est informé dans sa séance du 10 mai 1907 que le Comité d'organisation du 16e Congrès médical international de Budapest (1909) a décidé, dans sa réunion du 19 décembre 1906, de ne pas admettre au Congrès les dentistes qui ne possèdent pas le titre de docteur en médecine. Cette décision surprend parce que, à la seule exception de Lisbonne, tous les congrès médicaux antérieurs ont admis les dentistes sans difficulté.

» Cette décision est surtout surprenante parce que la science dentaire a réalisé de rapides progrès pendant les dernières années et parce que son importance comme branche de la médecine générale est reconnue de plus en plus par le public aussi bien que par la profession médicale. Comme plus de 95 o/o des dentistes d'Allemagne sont atteints par la décision précitée, la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands, avec les docteurs en médecine présents à sa réunion, a décidé à l'unanimité de considérer comme un manque de solidarité professionnelle la participation à la section de stomatologie du prochain Congrès de Budapest par tout dentiste allemand pourvu du titre médical exigé. Les dentistes allemands n'ayant jamais pris de mesures quelconques de nature à porter atteinte aux droits des stomatologistes doivent regretter amèrement toute décision prise par ceux-ci et aboutissant à des mesures nuisibles aux intérêts de la profession dentaire.

» La Société accueille avec plaisir la communication faite par les représentants des stomatologistes autrichiens, voit avec plaisir l'attitude qu'ils prennent et s'efforcera vivement d'entretenir les relations amicales qui ont toujours existé entre les dentistes allemands et leurs collègues stomatologistes en Autriche.

» La Société adresse une copie de cette résolution à la F. D. I. et prie la Fédération de protester auprès du Comité d'organisation du Congrès de Budapest contre l'exclusion des dentistes et d'inviter, directement ou par l'intermédiaire des comités nationaux, les associations dentaires nationales de tous les pays intéressés à adopter une mesure semblable. »

Or, ce qui est dit ici des Congrès de médecine s'applique *à fortiori* aux Congrès stomatologiques. Mais ce n'est pas seulement dans les milieux dentaires allemands que le procédé des stomatologistes, qui veulent se séparer nettement des dentistes, provoque de violentes protestations. Avec la permission de son auteur, je publie ci-après une lettre qui expose justement d'une façon frappante la situation des stomatologistes et des dentistes les uns par rapport aux autres, au point de vue de leurs relations passées, présentes et futures.

Cette lettre est ainsi conçue :

« Très honoré professeur,

» C'est seulement par votre article publié dans le n° 17 de la *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift* que j'ai appris que les dentistes allemands sont exclus du Congrès médical international qui aura lieu à Budapest en 1909 comme dépourvus de titre en quelque sorte.

» Comme, en ce qui me concerne, je ne puis approuver cette mesure pour les motifs donnés ci-après, je me suis vu dans l'obligation de renoncer au poste de secrétaire de la section de stomatologie de ce Congrès.

» Il serait en effet très regrettable que ce mouvement, provoqué par quelques médecins qui font preuve d'une grande suffisance, fût suivi et amenât la séparation formelle qu'on projette entre les stomatologistes et les dentistes.

» Il serait regrettable pour nos intérêts professionnels, car les différends ne conduiraient que trop tôt à des luttes de concurrences fâcheuses entre les représentants légalement autorisés de la dentisterie, circonstance qui ne fortifierait pas notre situation à l'égard des concurrences illicites que nous combattons, si mal soutenus par les autorités.

» Il serait en outre regrettable au point de vue du développement et du progrès de notre branche, car il introduirait dans notre collabotion harmonique jusqu'ici et si riche en résultats le ferment de la décomposition et absorberait en outre une partie de notre force intellectuelle au profit d'une lutte de classe stérile.

» Il serait regrettable enfin, au point de vue de la loyauté que les stomatologistes doivent à ces praticiens non médecins marquants du passé et du présent, auxquels appartient la part du lion dans l'essor colossal de la dentisterie moderne, et il serait peu glorieux que ceux-là voulussent accaparer pour eux le riche héritage de ces praticiens et en même temps considérer la communauté confraternelle avec eux comme incompatible avec leur profession.

» Comme membre du C. V. D. Z. je me considère comme obligé moralement de faire cette déclaration, car j'attache de l'importance à ce que les bons rapports que j'entretiens actuellement avec les dentistes allemands continuent d'exister. Je la fais aussi dans l'espoir d'engager ainsi beaucoup de mes confrères à s'opposer à temps à un courant qui n'apporterait dans nos rangs que la discorde et la division sans profiter en rien à notre profession. Je suis d'autant plus autorisé à nourrir cet espoir que je me sais d'accord à cet égard au moins avec une portion notable de mes confrères de Budapest.

» Recevez, etc.

» Dr LORENZ LANDGRAF. »

Cette lettre me parvint avant la réunion du C. V. D. Z. lorsque

le secrétaire ne se doutait encore nullement que Miller allait faire sa proposition.

Le président de la Société odontologique suisse, M. le Dr Senn, m'écrivit : « Ce n'est pas avec un mince intérêt que j'ai lu votre lettre ouverte touchant le Congrès de stomatologie ; je n'ai pas besoin de vous dire que je suis tout à fait de votre avis. »

Ces citations devraient bien convaincre M. Cruet que je ne suis pas seul de mon avis, mais que d'autres hommes très marquants le partagent absolument. Il dit dans sa lettre : « Je crains fort que vous n'ayez obéi à l'inspiration de confrères plutôt malveillants. » Je puis l'assurer que ce que j'ai écrit est mon opinion personnelle et que malheureusement je ne connais pas « les personnalités en très petit nombre en France qui font aux stomatologistes une opposition intéressée ». Mais je vois par ces mots de M. Cruet qu'en France aussi on combat ces mesures qui ne peuvent que nuire à tous.

Je résume les idées exposées dans mes deux lettres sur la question. Aucun dentiste ne méconnaît l'importance de la médecine pour notre spécialité. Aucun ne désire la séparation de notre branche d'avec la médecine générale, non plus que d'avec les représentants de celle-ci, qui par leurs travaux, dirigés souvent dans le sens de notre profession, sont très rapprochés de nous. Les médecins qui se sont consacrés à notre branche ont toujours été accueillis par les dentistes à bras ouverts. En Allemagne ils ont pour la plupart passé l'examen dentaire prescrit par la loi. Ils se sont aussi par la suite considérés souvent comme appartenant à cette profession et une harmonie parfaite a, d'ordinaire, régné entre les deux représentants de la profession. Si à l'étranger on fait actuellement la tentative, peut-être inconsciente en partie, de rompre cette collaboration en étalant une question de titre, cette tentative doit échouer par suite de l'unanimité des représentants actuels de notre profession. Les motifs que les stomatologistes de l'étranger donnent de leur conduite ne sont pas plausibles pour l'Allemagne, non plus que pour de nombreux autres pays dans lesquels précisément les productions les plus marquantes ont été faites dans notre profession. On ne peut aucunement admettre que les dentistes doivent occuper dans ces pays une situation qui soit inférieure à celle qu'occupent ceux qui ont le titre de docteur en médecine. Cela s'applique aussi bien à leurs travaux scientifiques en art dentaire qu'à leur pratique dont ils font profiter leurs confrères par leur réputation. Ce n'est que par la force qu'ils accepteront la lutte que leur impose carrément une partie des stomatologistes d'une façon outrecuidante et hors de propos. Ils la soutiendront avec toute leur énergie, d'autant que l'on cherche à présent à vrai dire à leur contester le droit à la vie pour se mettre sans peine à leur place, sans rien faire qui vaille notablement mieux.

LES CONGRÈS STOMATOLOGISTES ET LES CONGRÈS MÉDICAUX INTERNATIONAUX

Nous avons reproduit dans notre numéro du 15 juin la résolution adoptée, comme protestation, par la Société centrale des dentistes allemands dans sa réunion annuelle des 8-11 mai 1907 à Hambourg et relative au Congrès de Budapest.

Cette résolution contenait la phrase suivante entre autres :

La Société centrale accueille avec plaisir la communication faite par les représentants des stomatologistes autrichiens, voit avec plaisir l'attitude qu'ils prennent et s'efforcera vivement d'entretenir les relations amicales qui ont toujours existé entre les dentistes allemands et leurs collègues stomatologistes en Autriche.

Nous publions ci-après la communication des stomatologistes autrichiens à laquelle il est fait allusion et dont nous venons de recevoir le texte du Professeur Miller.

C. G.

Communication de l'Union centrale des stomatologistes autrichiens.

Les décisions de l'Union centrale des stomatologistes autrichiens touchant les faits internationaux et la situation internationale ne sont prises que dans ses assemblées générales.

D'après les statuts, celles-ci ont lieu une fois par an. Une décision touchant la conduite du *Central Verein der Oesterreichischen Stomatologen* vis-à-vis de la F. D. I. et de l'Association stomatologique a donc été réservée à l'assemblée de décembre prochain.

Jusqu'à présent le Comité a décidé, comme organe exécutif du *Central Verein,* d'adopter une attitude de nature à aplanir les différends existants.

Nous avons la manière de voir suivante touchant les Associations, les études et les Congrès médicaux et dentaires internationaux.

Notre manière de voir dans la question du programme d'études du chirurgien-dentiste est strictement dictée par notre qualité de docteurs en médecine, car nous voulons et devons maintenir comme règle immuable le diplôme médical avec un enseignement spécial ultérieur d'une durée de deux ans et un examen spécial à subir comme condition de principe pour un niveau d'instruction aussi élevé que possible du chirurgien-dentiste.

Nous considérons donc que ce serait une erreur, en présence des exigences constamment croissantes qu'imposent les dentistes étrangers en matière d'enseignement préliminaire et d'enseignement professionnel, d'abandonner une manière de voir à laquelle les dentistes

autrichiens n'ont jamais regretté d'être restés fidèles et dont le but poursuivi par les confrères étrangers se rapproche incontestablement.

Ce point de vue fondamental ne nous empêche pas non seulement de féliciter les dentistes étrangers, notamment les dentistes allemands, de leurs travaux professionnels importants et de leurs efforts pour introduire de plus en plus dans leur programme d'enseignement des éléments médicaux et de leur ouvrir comme auparavant les portes des réunions scientifiques comme à des hôtes, mais encore de refuser notre approbation à l'application de la décision prise au Congrès médical international de Lisbonne, en tant que cette décision est de notre compétence en Autriche, et de considérer comme notre devoir de travailler à l'abrogation de cette mesure.

L'ensemble des différents documents que l'on vient de lire est des plus significatif. Il montre la liaison qui existe entre la question du Congrès de stomatologie et celle des Congrès médicaux dans lesquels les stomatologistes sont seuls responsables de l'exclusion injustifiée des dentistes. Ceux-ci en effet doivent y être admis du moment qu'il y a dans ces Congrès une section consacrée à l'art dentaire.

C'est ce qu'ont bien compris nos confrères autrichiens qui, bien que sur certains points ils aient des idées communes avec les stomatologistes français, n'ont pas craint de déclarer qu'ils considéraient cette exclusion comme une injustice contre laquelle ils ont tenu à protester par la déclaration ci-dessus.

Nous signalons particulièrement aux méditations de MM. les stomatologistes français la belle lettre du Dr Landgraf que reproduit M. Walkhoff dans sa réponse à M. Cruet. Ce confrère, docteur en médecine lui aussi, leur donne là une bonne leçon de déontologie et de loyauté dont ils pourront avantageusement faire leur profit.

M. R.

NOUVELLES

Réunion professionnelle à Toulouse.

Nous recevons d'un de nos correspondants la communication suivante :

« Les dentistes de Toulouse et de la région ont tenu dans cette ville une réunion, dans laquelle il a été décidé à l'unanimité de former un syndicat dans le but de lutter contre toute création d'école et de cliniques dentaires commerciales. Cette réunion était motivée par un projet de création d'une école dentaire par des dentistes de Bordeaux.

» Il a été décidé en outre que, si une école devait se fonder à Toulouse, ce serait avec le concours de la Faculté de médecine et que la clinique qui en dépendrait serait entièrement gratuite à l'instar de celle de l'École dentaire de Paris. »

École dentaire de Paris.

Le Conseil de direction a décidé dans sa séance du 10 juillet l'ouverture en octobre des concours suivants, dont la date sera fixée ultérieurement :

1	concours pour	1 place	de prof. suppl. de	clinique dentaire.
1	—	—	—	prothèse.
1	—	2 places	—	dentisterie opératoire.
1	—	1 place	—	pathologie dentaire.

Congrès dentaire Jamestown.

Comme nous l'avons annoncé dans notre muméro du 30 avril dernier, M. Beadles a été délégué pour inviter les sociétés dentaires françaises à participer au Congrès dentaire Jamestown.

M. Beadles est venu à Paris et a remis au président de la F. D. N. la lettre suivante dont il a été donné lecture à la Société d'Odontologie de Paris :

« Je suis à Paris pour quelques jours et j'ai la mission des organisateurs du Congrès dentaire Jamestown, qui se tiendra à Norfolk (Virginie) du 10 au 12 septembre prochain, d'adresser une invitation à vos Sociétés aux dentistes français ayant une bonne réputation à participer à ce Congrès. Vous avez vu par le programme publié dans le *Cosmos* et dans d'autres journaux [1], que nous nous proposons d'avoir un grand nombre de démonstrations et très peu de communications orales, de façon à présenter le plus possible de travaux pratiques... »

1. (V. *L'Odontologie* du 30 avril 1907.)

27e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE SUR LES DENTS

1° Fissures verticales des dents permanentes; 2° Polypes de la pulpe.

Conférence faite à la Société d'Odontologie de Paris,

Par M. CAVALIÉ,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Mesdames, Messieurs,

Je suis heureux de me retrouver aujourd'hui au milieu de vous, dans cette Société qui est certainement le foyer scientifique dentaire le plus important de France. C'est pour moi, un grand honneur de venir vous présenter ce matin quelques-unes de mes recherches personnelles.

1° *Les fissures verticales des dents permanentes.* — Je vais commencer par la démonstration des fissures des dents et des couronnes des dents permanentes. C'est là un sujet qui n'est pas bien fixé dans les livres.

Si vous étudiez à la loupe sur vos camarades ou sur vos patients les dents de bouche, les incisives en particulier, vous observerez, chez l'adulte, la présence de fissures, de fentes, toujours verticales — jamais transversales, c'est un principe. — Je n'en ai jamais trouvé une seule transversale. Ces fentes sont visibles à la loupe ; quelquefois aussi, on arrive à les distinguer à l'œil nu. Ces fissures sont intéressantes parce qu'elles ne sont pas seulement l'apanage de

l'état vivant, on les retrouve également sur les cadavres, sur les dents anciennes, sur les dents fossiles. Je vous présente ici des échantillons de dents de rongeur sur lesquelles vous verrez ces fissures. Ces dents datent de 1500 à 2500 ans peut-être.

En voici de plus grosses, des dents de bovidés, fossiles aussi, sur lesquelles vous pourrez voir ces fissures qui sont très nettement marquées et qui sont toujours verticales.

La démonstration expérimentale de ces fissures verticales peut se faire d'une façon très curieuse.

Au Laboratoire d'histologie où je travaille à la Faculté de Bordeaux, j'ai fait il y a 15 mois un certain nombre d'expériences sur la résistance des dents des bovidés, à la cassure. J'ai fait dans ce but des injections de bleu de méthylène dans la cavité de la chambre pulpaire, sur les dents de l'animal venant d'être tué. Par conséquent la substance organique n'a pas eu le temps d'être tuée.

Voici une dent de bovidé brisée que je vais reconstituer en rajustant les fragments. J'ai poussé l'injection au bleu de méthylène au niveau de l'apex, dans le canal radiculaire et à mon grand étonnement j'ai vu fuser à travers des fissures la substance à laquelle j'avais ajouté un peu d'éther.

Elle avait fusé le long des fentes verticales de la couronne ; en frappant avec un marteau, j'ai cassé la dent et les traits de cassure se sont produits aux endroits où avait fusé la matière colorante.

Il semble bien prouvé par là qu'il doit exister dans les couronnes des dents permanentes des points ou plutôt des surfaces de moindre résistance qui s'étendent sur toute la profondeur de la couronne de l'extérieur à la chambre pulpaire.

Je n'ai pas pu l'établir autrement jusqu'ici. Je ne peux pas dire à quoi cela tient, à quoi cela est dû, mais c'est très intéressant et assurément fort curieux à signaler.

La décalcification rapide d'une dent donne parfois des résultats qu'il convient de rapprocher de ceux que donne l'expérience que je viens de vous citer. Si on plonge une

dent dans un mélange d'acide azotique avec l'alcool au tiers ou au cinquième, elle se dissocie au bout de peu de jours de la façon suivante : l'émail disparaît, le péricément se détache de la racine comme un bonnet de coton ; l'ivoire de la couronne et de la racine se dispose en feuillets verticaux divergeant de la cavité pulpaire vers l'extérieur, de telle sorte qu'on a l'impression d'un livre ouvert.

Dans l'épaisseur de chacun des feuillets sont groupés des canalicules de l'ivoire ; ces feuillets s'étendent sur toute la hauteur de la dent.

Il est permis de supposer que la calcification entre deux ou plusieurs de ces feuillets est plus faible que normalement ou absente sur certaines dents et cela expliquerait la présence des fissures de l'ivoire, sans nous renseigner sur la participation de l'émail qui est obscure.

2° *Les polypes de la pulpe.* — Je passe maintenant à ma deuxième démonstration, aux polypes de la pulpe. Ces tumeurs représentent une des questions les plus embrouillées de la pathologie dentaire. Les auteurs s'accordent actuellement à y comprendre, d'une part, les granulomes de la pulpe (pulpite chronique hypertrophique granulomateuse d'Arkœwy) et, d'autre part, les polypes sarcomateux (pulpite chronique hypertrophique sarcomateuse).

Le polype granulomateux est une tumeur qui saigne abondamment à la moindre piqûre. Il est formé par un tissu qu'on a l'habitude d'appeler un tissu inflammatoire chronique.

Le polype sarcomateux est beaucoup plus complexe : on ne sait pas ce que c'est. On englobe d'ailleurs sous cette désignation des tumeurs de diverse nature. Je n'ai, pour ma part, jamais encore rencontré de sarcome pulpaire. Cependant un de mes amis, le Dr Tribondeau, qui est professeur à l'École d'application du service sanitaire de la marine à Bordeaux, a observé un cas de polype sarcomateux à cellules fusiformes.

Si je n'ai jamais observé de polypes sarcomateux, j'ai par contre observé une troisième variété de polypes.

Cette troisième variété est un polype adénoïdien à revêtement épithélial, pavimenteux, stratifié.

Il y a ici deux choses nouvelles, un polype pulpaire à structure adénoïdienne et un revêtement épithélial pavimenteux.

Ce sont là deux choses bien différentes.

Je commence par la première, par la structure adénoïdienne.

Vous savez tous que la pulpe est formée d'un tissu conjonctif modifié, ou peut-être même n'ayant pas subi de modifications si profondes que le tissu conjonctif adulte.

Cette pulpe, dans la tumeur que j'ai observée, avait subi la tranformation réticulée adénoïdienne, c'est-à-dire possédait un réticulum comparable à celui des ganglions lymphatiques, comparable à celui qu'on observe dans le tissu lymphoïde ; dans les mailles de ce réticulum on trouve des leucocytes en quantité considérable, savoir : des lymphocytes très nombreux, des mononucléaires (cellules rondes de la pulpe), également abondants, très rarement des polynucléaires. Ces derniers sont visibles dans la lumière des vaisseaux sanguins dilatés, à parois épaissies. Les mailles du réticulum sont comparables à des espaces lymphatiques.

Cette structure de la pulpe, ici, n'a rien qui puisse nous étonner, quoique on ait recherché vainement jusqu'à ces derniers temps l'existence des vaisseaux lymphatiques qui sortent de la pulpe ou qui circulent dans son intérieur.

Mais, l'année dernière, un de nos confrères, chirurgien-dentiste à Berlin, M. Schweitzer, a découvert et décrit longuement les lymphatiques de la pulpe dentaire. Il a fait ses recherches sous la direction d'un des grands maîtres européens de l'anatomie qui m'honore de son amitié, M. le professeur Waldeyer. Le mémoire avec planches a paru dans le numéro du 18 mars 1907 des *Archiv. für mikroscop. Anatomie.*

M. Schweitzer a réussi à injecter les lymphatiques de la pulpe par des injections pratiquées à l'aide d'une canule enfoncée dans la pulpe des dents avant ou après leur érup-

tion. Les lymphatiques forment des réseaux intra-pulpaires qui réunis en petits troncules parcourent le canal radiculaire. Les vaisseaux lymphatiques issus des dents des deux arcades se rendent dans les ganglions sous-maxillaires superficiels qui forment trois groupes antérieur, moyen, postérieur, et dans un groupe profond situé au confluent de la veine faciale et de la veine jugulaire interne. L'ensemble constitue les ganglions dentaires (Waldeyer).

C'est là une de ces découvertes admirables qui font époque, dont les conséquences sont incalculables, non pas au point de vue spéculatif, mais au point de vue pratique.

Schweitzer a établi que le rendez-vous des lymphatiques est différent pour les dents supérieures et inférieures et différent aussi pour les dents de bouche et pour les dents de fond.

Cette démonstration des vaisseaux lymphatiques pulpaires vient à l'appui, ou plutôt mes recherches sur les polypes de la pulpe viennent à l'appui de cette notion et je prépare actuellement un mémoire pour exposer que la pulpe dentaire n'est pas un organe quelconque, mais un organe susceptible de subir facilement la transformation lymphoïde, tout comme le chorion de beaucoup de muqueuses.

Je passe à la deuxième question du polype pulpaire, à son revêtement épithélial, pavimenteux, stratifié. C'est une constatation qui m'a bien surpris. J'ai vu, et vous pouvez voir, sur les coupes, à la surface de la tumeur, un épithélium comparable à celui de la muqueuse buccale, dépourvu de couche cornée, papillaire dans la profondeur. Mais il était sans aucune relation avec l'épithélium de la muqueuse gingivale du voisinage.

J'ai observé ce fait sur la dent avant son avulsion ; le contour de la couronne était parfaitement net.

J'ai cherché dans la littérature et j'ai remarqué qu'un savant allemand, M. Roehmer, a étudié et publié un travail sur les polypes dentaires à revêtement épithélial, pavimenteux, stratifié.

M. Roehmer a émis l'hypothèse que cet épithélium est produit par une « auto-transplantation » de la muqueuse gingivale qui s'est coupée ou non au niveau des bords de la couronne; cela est parfaitement exact.

Dans mon cas, c'est bien la structure de l'épithélium de la muqueuse gingivale ; seulement il n'y avait pas de relations avec la gencive voisine. Je crois que la gencive a dû se trouver ici au contact du polype de la pulpe en voie de saillie, que par suite de la mastication un fragment gingival a été sectionné, détaché ensuite, mais qu'il est resté une parcelle d'épithélium auprès du polype ; ce qui a permis la formation d'une sorte d'autogreffe sur la tumeur pulpaire.

Cet épithélium, sur les préparations que je vous soumets, comprend à la surface, plusieurs assises de cellules énormes ; ces éléments ont subi la dégénérescence hyaline, vasculaire ; leur protoplasma est parfois transformé en une grosse boule sans qu'il soit possible d'y décéler la présence d'un noyau.

Au-dessous se trouvent plusieurs assises de cellules aplaties lamelleuses, puis d'autres assises de cellules moins aplaties et n'offrant aucun des caractères des cellules de l'épiderme, c'est-à-dire dépourvues de granulations d'éleidine.

Le corps de Malpighi renferme quinze à vingt couches de cellules ; les filaments ou ponts intercellulaires sont apparents sans exagération ; de nombreux leucocytes (lymphocytes) sont placés entre les cellules.

La couche génératrice, basale, est très nette, à la limite profonde de l'épithélium qui est villeuse.

Sous l'épithélium, par place, il y a un peu de chorion discontinu ; partout ailleurs le tissu pulpaire est en contact avec lui.

Des boyaux épithéliaux s'enfoncent dans la pulpe ; plusieurs d'entre eux sont disloqués par les éléments lymphatiques qui les entaillent.

La pulpe semble se défendre contre ce revêtement étranger, elle ne comprend pas l'importance de cette protection, sape les boyaux et les détruit.

Malgré tout cependant, malgré les phénomènes superficiels de dégénérescence, malgré les actes de destruction dans la profondeur, l'épithélium végète, s'accroît, grâce à son activité de reproduction.

En résumé, à côté des polypes granulomateux et des polypes sarcomateux, il faut placer une nouvelle variété de tumeur, les polypes pulpaires lymphoïdes pourvus ici, mais pouvant être dépourvus d'un revêtement épithélial, pavimenteux, stratifié.

3° *La réaction odontoblastique.* — L'année dernière, au Congrès de Lyon, j'ai eu l'honneur de présenter un certain nombre de préparations qui m'ont permis de montrer que la carie dentaire n'est pas une affection simple. Elle est un complexus embrassant la moitié ou les deux tiers de la pathologie dentaire.

On entend par carie dentaire, en général, une affection qui détruit les dents. C'est la seule définition admissible ; c'est celle qu'a donnée un des pères de la dentisterie française, Fauchard, homme admirable d'observation et de bon sens, qui a fait en son temps le procès des examens pour dentistes et de bien d'autres choses. Pour lui, « la carie des dents est une maladie qui les détruit [1] ». Voilà une phrase qui peut tout dire sans préjuger de rien et en laissant les théories ou hypothèses ouvrir leur horizon de tous côtés.

A la page 109, du tome 1er de son livre, le même auteur dit : « La carie des dents est de deux espèces en général et » de plusieurs en particulier ; la carie molle et pourrissante » fait le premier genre et la carie sèche fait le second.

» Voici quelles sont les espèces particulières des caries » du corps des dents.

» La carie molle et pourrissante des dents.

» La carie sèche et comme mastiquée des dents.

» La carie des dents compliquée (mixte) étant en partie » molle et en partie sèche. »

Voilà les trois premières variétés de Fauchard qu'il a

1. Fauchard, *Le chirurgien-dentiste ou traité des dents*, 2e édit., tome I ; 1746, p. 143.

sans doute le plus considérées pour les mettre en évidence. Ce sont ces trois variétés que je vais vous montrer tout à l'heure, à l'œil nu, conservées dans l'alcool ou conservées au sec, et sur lesquelles vous pourrez vous rendre compte de l'esprit profond d'observation qu'a eu Fauchard en son temps, puisque ce praticien ne s'était basé que sur des apparences visuelles et sur le raisonnement clinique pour établir ces catégories qui sont réellement remarquables.

En effet pour Fauchard la carie molle et pourrissante est à marche rapide ; la carie compliquée (mixte) l'est moins ; la carie sèche est latente.

Il est facile de démontrer que la carie sèche est due à une production plus ou moins considérable de dentine (dite secondaire). Cela constitue ce que j'appelle la réaction odontoblastique. Voici quelques échantillons de dents sur lesquels vous pouvez constater l'existence de la carie vraiment mastiquée de Fauchard. La cavité dite cariée tend à se combler plus ou moins de cette dentine secondaire, véritable dentine cicatricielle. On a décrit jusqu'ici l'ivoire secondaire sans une bien grande précision, dans l'épaisseur de l'ivoire, et aussi dans la chambre pulpaire ; il s'en forme aussi à la surface des cavités cariées.

La dentine secondaire (ou condensante encore) constitue une réaction organique active d'après laquelle les odontoblastes réalisent la production, la fabrication d'ivoire nouveau.

Cette fabrication n'est certainement pas due aux microbes ; ils peuveut provoquer cette réaction, mais ils ne sont pas les fabricants directs de cet ivoire. C'est là ce que j'ai appelé la réaction odontoblastique. La réaction odontoblastique ne peut apparaître que dans les cas où la couche des odontoblastes de la pulpe est conservée intacte ou est légèrement irritée.

Si elle n'est pas conservée, il ne faut pas songer à la construction d'ivoire nouveau. Cette réaction peut apparaître à n'importe quel stade de l'infection des dents. Elle est de la plus haute importance, parce qu'elle représente

une barrière plus ou moins efficace placée devant les agents envahisseurs, destructeurs. Par conséquent, c'est une réaction qui peut jouer un grand rôle en clinique dentaire, dans le traitement de la carie dentaire, bien que la réaction de l'ivoire secondaire soit souvent accompagnée de douleurs considérables. Il faudrait arriver au point de vue thérapeutique à provoquer la réaction odontoblastique sans douleur, et défensive en même temps.

J'ai pu faire des coupes de cet ivoire secondaire sans décalcification préalable. On observe dans ce cas-là que les tubes d'ivoire sont plus dilatés, plus gros, plus rectilignes et que dans la substance interstitielle qui est formée d'une substance organique considérable, on trouve de place en place des amas de grains calcaires. Quelquefois il y en a beaucoup, quelquefois peu. Cette disposition des grains calcaires est excessivement importante, car si on arrivait à en provoquer la formation, on arriverait à avoir une surface complètement lisse, calcaire, qui serait l'ivoire réellement normal ; mais il est probable que chez l'adulte tous les organes qui ont été atteints n'ont plus la même puissance d'activité que les organes jeunes, fœtaux et que dans le cas des dents la substance calcaire ne se trouve plus en quantité suffisante pour édifier un tissu compact. D'autres fois il se formera des tissus plus compacts, mais ce sont des noyaux privés complètement de substance organique.

4° *La réaction odontoclastique.* — A côté de cette réaction odontoblastique, nous avons la réaction odontoclastique, réaction que j'ai également étudiée ces dernières années et qui consiste dans le fait suivant : à un moment donné, dans certaines caries, dans quelques-unes seulement, la carie pénétrante en particulier, que la pulpe soit conservée on non, on voit apparaître des cellules géantes, des éléments leucocytaires probablement transformés, devenus géants, que j'appelle des odontoclastes, qui sont des cousins des ostéoclastes qu'on rencontre dans la moelle des os. Ces odontoclastes détruisent tous les tissus dentaires. Ce sont des phagocytes géants.

Ces phagocytes existent dans l'intérieur même des tissus altérés, comme j'ai pu l'observer.

Vous verrez sur les coupes que je vous montrerai tout à l'heure qu'il y a des cellules géantes détruisant la substance dentinaire. Il est probable qu'elles ont une propriété encore plus active que les microbes de sécréter les substances capables de dissoudre les sels calcaires. Les odontoclastes sont des éléments visibles à la loupe contrairement aux cellules en général qui, chez nous, ne sont visibles qu'à des grossissements plus grands. Ils atteignent jusqu'à 1/4 de millimètre d'épaisseur. On les rencontre dans d'autres endroits : on les trouve dans les foyers de suppuration qui entourent les racines.

Dans toutes les résorptions de racines vous trouverez des odontoclastes.

Kœlliker a découvert, il y a 50 ans, les ostéoclastes détruisant les racines dentaires dans les dents temporaires.

Vous savez que la résorption des dents temporaires n'est pas due à une simple action mécanique, qu'elle n'est pas due non plus à la compression des vaisseaux et des nerfs au delà de l'apex. Ce sont des théories tout à fait grossières. Les racines des dents temporaires se résorbent par un processus organique qui est la réaction odontoclastique.

Dans tout l'organisme, toutes les fois qu'un organe doit disparaître, qu'une cellule doit disparaître, qu'elle est morte, malade ou altérée, immédiatement des éléments venus de n'importe où, principalement de l'appareil vasculaire ou circulatoire, se dirigent vers l'endroit où se trouvent les tissus altérés et les phagocytes.

La démonstration est certaine. Elle se fait de tous les côtés, sur une foule d'organes.

Dans le cerveau, toutes les fois qu'une cellule nerveuse est altérée ou morte, une armée d'éléments cellulaires arrive au niveau du foyer mortifié. Ces éléments cellulaires peuvent augmenter de volume, ils s'engraissent aux dépens des cellules qui manquent, aux dépens des tissus qu'ils désa-

grègent et deviennent des éléments cellulaires qu'on a appelé les astrocytes.

Recueillez un foyer tuberculeux, un granulome tuberculeux, dans le poumon, à la surface de la plèvre, dans un testicule. Faites-en la section, faites-en des coupes que vous examinerez au microscope, faites ensuite une coloration appropriée, vous trouverez non seulement des bacilles de Koch, mais des éléments cellulaires géants. Ce sont des phagocytes comparables aux odontoclastes et aux ostéoclastes. Ce sont des blocs cellulaires renfermant jusqu'à 200, 300, 400 ou 500 noyaux.

Les noyaux sont disposés en collerettes périphériques autour du protoplasma.

Enfin dans les foyers d'inflammation chronique, dans les granulomes syphilitiques, vous trouverez également des cellules géantes.

Vous devez être surpris de ne m'avoir pas encore entendu parler du rôle des microbes dans les caries. Les agents microbiens représentent les facteurs étiologiques déterminants, actifs et puissants.

Agents d'envahissement des tissus durs, leur présence et leur action provoquent des réactions dans les tissus durs bien vivants tels que l'ivoire ainsi que dans la pulpe.

Ces réactions organiques figurent les modalités histopathologiques des caries dentaires, modalités adéquates à celles que permet d'observer la clinique ; et le jour n'est certainement pas éloigné où elles serviront de base aux méthodes thérapeutiques.

Comme les tissus durs dentaires ont chacun des caractères et des propriétés d'ordre différent, j'ai indiqué à plusieurs reprises une classification nouvelle des altérations et troubles infectieux dont ils sont le siège. Cette classification est un démembrement du complexus qui est la carie dentaire.

La carie de l'émail est le premier degré. — Je conserve le terme de carie ici pour montrer la passivité du tissu envahi, disloqué par les agents microbiens.

Les *dentinites* représentent les autres degrés ; ce sont de vraies maladies locales.

Dentinites non pénétrantes (2e degré).

— pénétrantes avec conservation de la pulpe intacte ou infectée (3e degré).

— pénétrantes avec mort fonctionnelle ou destruction de la pulpe (4e degré).

Les dentinites non pénétrantes (2e degré) et pénétrantes avec conservation des odontoblastes (3e degré) peuvent être condensantes (production irritative de dentine par réaction odontoblastique prédominante). Elles peuvent aussi prendre la forme raréfiante (molle ou pourrissante) par réaction odontoclastique. Entre ces deux formes extrêmes se placent toutes les formes mixtes, dans lesquelles le travail destructeur microbien s'accomplit devant des ébauches plus ou moins grandes de réaction odontoblastique de défense.

Les diverses variétés de pulpites viennent compliquer les diverses formes de dentinites.

Les dentinites pénétrantes avec destruction des odontoblastes et de la pulpe ne sauraient jamais prendre la forme condensante.

En revanche elles sont quelquefois raréfiantes, et le plus souvent lentes avec alors le seul travail microbien comme processus de destruction.

Les cémentites ou maladies du cément liées aussi aux pulpites et surtout aux périodontites renferment les trois formes aussi, condensante, raréfiante, mixte.

Arrivé au terme de mon exposé, je vous remercie beaucoup, mesdames et messieurs, de l'attention que vous avez bien voulu me prêter. Si j'avais à ma disposition un plus grand nombre encore de microscopes, vous pourriez examiner beaucoup plus de préparations. J'ai l'espoir néanmoins de mettre sous vos yeux celles qui sont le plus démonstratives.

CONGRÈS GÉNÉRAL ANNUEL DE LA BRITISH DENTAL ASSOCIATION

Tenu à Cardiff du 18 au 22 mai 1907,

Par M. B. PLATSCHICK.

Le Congrès général annuel de la *British Dental Association* s'est tenu cette année du 18 au 22 mai à Cardiff dans le Old Town Hall mis gracieusement à la disposition des congressistes. Le nombre de ces derniers — environ deux cents membres de la puissante association anglaise et quelques confrères étrangers — est légèrement inférieur à celui des précédents meetings. D'autre part, ceux-ci ont peut-être eu encore l'avantage au point de vue, sinon du nombre des communications, au moins de la variété des sujets traités. Plusieurs des mémoires lus à Cardiff se rapportaient en effet au même sujet. Il est vrai que la discussion un peu monotone par cela même, a permis d'en étudier tous les détails de manière approfondie et de le juger de façon définitive.

Ceci, à part le Congrès de Cardiff, méritera de rester dans les annales dentaires comme une belle manifestation où se sont affirmées, une fois de plus, la vitalité de notre art en même temps que sa marche incessante vers le progrès. De façon plus immédiate, il nous a permis de constater la puissance d'organisation de la *British Dental Association* et de juger par les chiffres qui nous ont été soumis de sa force et de sa richesse. L'accueil fait par le Comité d'organisation aux congressistes étrangers nous a permis par sa cordialité de constater que la cordialité confraternelle n'est pas un vain mot entre dentistes de pays différents. Nous devons signaler que le représentant de la section dentaire de l'*A. F. A. S.* a été particulièrement fêté et que tous ont été pour lui pleins de prévenances et de délicates attentions.

Le Congrès s'est ouvert le 18 par la lecture du rapport du bureau sur les progrès de l'Association pendant l'année écoulée. Ce rapport est des plus concluants en sa précision de pièce comptable : la *British Dental Association* compte cette année 1620 membres, en augmentation de 90 sur l'année 1906. L'organe de la Société se suffit à lui-même malgré l'augmentation des frais généraux et l'Association possède un fonds de réserve de 75.000 francs placés en valeurs d'état. La comparaison avec la situation des sociétés françaises nous a quelque peu peiné.

Ce rapport approuvé, il a été procédé à l'élection des délégués à

la Fédération Dentaire Internationale pour 1907-1908. Ont été nommés : MM. T.-H. Mummery, W. Guy, G. Campion, W. Harrison, W.-B. Patterson.

Le Congrès est ensuite passé à la discussion des propositions à lui soumises par le Comité d'organisation, entre autres de la suivante qui nous intéresse particulièrement.

« Quel est l'avis du Congrès sur le récent règlement du Collège Royal des chirurgiens en Angleterre qui rend obligatoire une instruction en prothèse dentaire de deux ans au moins, au lieu de trois comme auparavant. »

L'assemblée, considérant que ce nouveau règlement nuit sérieusement aux progrès de la profession, s'est élevée énergiquement contre lui et a chargé une commission de communiquer son vote de protestation au prochain Congrès médical général.

La partie administrative du Congrès, intéressante surtout pour les membres anglais, ainsi épuisée les communications d'un intérêt plus général ont été abordées. La première, celle de *M. Call Mathews* étudiant les avantages d'une Société de prévoyance pour les dentistes, est envoyée à l'étude du Representative Board.

Immédiatement après M. Call Mathews, *M. Dreschfeld* traite le sujet qu'avait déjà traité M. Pont l'an dernier au Congrès de Lyon : la question des ciments s'attachant en particulier à la chimie des ciments translucides. Il pense, dit-il, être l'interprète des sentiments de la majeure partie, sinon de l'unanimité des professionnels, en affirmant que les Anglais ont doté la profession de ciments excellents, celui de Fletcher entre autres. Il ne saurait cependant oublier la Dentinagène de Rostaing dont il a présenté un des premiers échantillons. Ce fut le meilleur ciment de son époque, non pas tel qu'il est actuellement dans le commerce, mais tel qu'il était du vivant de son inventeur. D'après lui, les ciments translucides, dont il a étudié la composition, sont susceptibles d'être perfectionnés dans une très large mesure. Notons comme lui enfin que si la première idée de ces ciments a pris naissance en Angleterre, c'est en Allemagne qu'elle a pris le plus clair de son développement.

La séance suivante fut presque toute remplie par la discussion que soulevèrent les communications de *MM. A. Layton* et *Cass Grayton*, relatives toutes deux aux soins à donner aux dents des enfants et à l'état général de celles-ci dans les générations présentes. D'après les travaux de M. Layton, concernant les enfants des écoles élémentaires de Kettering, 96 o/o des bouches examinées étaient en mauvais état. Les autorités municipales de Kettering se proposent de mettre un local à la disposition des dentistes dont les honoraires pour soins donnés aux enfants seront ainsi fixés :

Extraction 1 fr. 25, avec insensibilisation 6 francs, obturation 3 francs.

D'après M. Cass Grayton, 30 o/o des maladies des enfants en bonne santé par ailleurs sont dues à leur mauvaise dentition. La proportion est plus élevée encore chez les enfants chétifs. Il s'agirait donc de porter attention à cet état de choses : des livres élémentaires sur les soins à donner à la bouche semblent devoir être d'une grande utilité. En outre, avant tout, il conviendrait que cette affaire d'importance nationale fut traitée par le gouvernement, ou qu'une entente sérieuse se fasse entre dentistes, ce qui serait peut-être encore le meilleur des moyens. L'opinion unanime des congressistes fut que la carie dentaire prend de plus en plus d'extension. Des statistiques rigoureusement établies montrent que, dans certaines régions, plus du tiers des enfants ont les dents cariées, et il n'est pas rare de rencontrer des jeunes gens de dix-sept ans pourvus de dentiers complets. La carie, augmentant de façon si considérable, porte comme conséquence la décadence de la race, c'est une constatation que corrobore l'examen des jeunes gens par le conseil de revision. Cette question a été particulièrement étudiée par *M. Cunningham* dans sa communication sur quelques nouveaux facteurs dans la dentisterie au point de vue social. C'est aussi beaucoup des enfants des classes pauvres que s'occupe M. Cunningham, mais il a porté plus loin le champ de ses recherches : il pense qu'il y aurait lieu de nommer pour le service dentaire de l'armée des spécialistes, au lieu d'en laisser le soin aux médecins militaires dont l'intervention est souvent nuisible au malade, parce que dans cette branche particulière, ils n'ont ni la pratique ni la compétence voulues.

La conclusion de ces communications s'imposait : il est urgent de porter remède au mauvais état de la dentition des enfants et en particulier de ceux qui fréquentent les écoles publiques. Mais de quelle manière porter remède.

M. Cunningham indique ce qu'a fait la municipalité de Cambridge : elle appointe un dentiste pour l'examen des dents des enfants des écoles publiques. Mais le traitement qu'elle lui alloue ne permet pas des soins très complets et il y aurait à assurer des soins ultérieurs. Dans ce but, un homme généreux a offert son aide pécuniaire.

A part cette indication et les calculs de M. Grayton, dont les chiffres nécessiteraient un examen approfondi, les propositions les plus variées ont été soumises au Congrès : ne pas admettre à l'école les enfants avec des dents malades, ou faire payer à chaque élève une somme modique pour constituer la première mise de fonds nécessaire à l'organisation d'un service dentaire efficace. Au reste, faute sans doute des études préliminaires indispensables, les congressistes ne semblent pas avoir une idée bien nette des frais que pourrait entraîner ce service. La discussion est close par un ordre du jour proposé

par M. Patterson : le comité du Representative Board étudiera la question et présentera ses conclusions au mois d'août.

La quatrième communication inscrite à l'ordre du jour de la même séance portait sur un sujet voisin de celui qu'avait traité M. Cunningham : l'assistance dentaire aux pauvres. Cette communication due à *M. Fenchel*, de Hambourg, expose l'histoire de l'Institut Mellin et les résultats qu'il a obtenus. M. Fenchel avait obtenu de l'administration d'un hôpital de Hambourg de pouvoir y installer une clinique dentaire. L'hôpital lui fournissait le local, le chauffage, l'éclairage et mettait à sa disposition l'assistance d'une sœur de charité. Dans cette clinique, M. Fenchel constata d'abord que le pourcentage de la carie était sensiblement celui qu'avait indiqué Sansted pour la Suède et Cunningham pour l'Angleterre. Le nombre des consultations montra de suite la nécessité d'une organisation plus vaste, une dame riche fournit les fonds nécessaires à l'agrandissement. Les résultats des trois premières années sont les suivants :

1re année 3068 patients avec 12.116 traitements différents dont 1890 extractions et plus de 5.000 plombages.

2e année 2870 patients avec 10.859 traitements différents dont 1760 extractions et 4200 plombages.

3e année 3512 patients avec 14.126 traitements dont 2.300 extractions et 5.500 plombages.

Les dépenses correspondantes étaient de 6.500, 9.000 et 7.500 francs pour les trois années.

M. Fenchel constate que le traitement des dents d'un enfant ne coûtait pas plus de 2 fr. 50 bien que jamais une dent capable de rendre encore des services n'ait été sacrifiée au davier.

A côté de cette clinique modeste, l'Institut Mellin gâchait en trois années plus de six cent mille francs. Cette coûteuse expérience avait découragé le fondateur qui cependant plutôt que de fermer son Institut appela M. Fenchel à sa direction. Voici les chiffres que celui-ci donne pour deux années consécutives :

	1900	1901
Nouveaux patients........	5185	6575
En tout..................	15349	23093
Extractions..............	11076	12449
Plombages	9517	10698
Cas prothétiques.........	1094	1269
Avec dents remplacées.....	6959	7016

En outre des bridges, couronnes, obturations et interventions chirurgicales.

M. E.-R. Tebbit présente une communication sur l'importance

d'une bonne occlusion. Il insiste sur les inconvénients d'une mauvaise occlusion, mastication défectueuse et par suite nutrition insuffisante, modification de la physionomie capable d'inférioriser l'individu dans la vie. Il importe, d'après M. Tebbit, de conserver autant que possible les dents temporaires qui servent de soutien, et de donner, le plus tôt possible, leur développement normal aux maxillaires. Pour obtenir des résultats certains, il convient que l'action du système redresseur soit continue de manière à ébranler les dents et à fatiguer les nerfs le moins possible.

Dans la séance suivante, *M. W. Malcom Knott* a présenté un mémoire où sont étudiées les conséquences de la loi de 1878. Par suite d'un défaut de rédaction de celle-ci, il n'est pas interdit aux dentistes non diplômés d'exercer l'art dentaire, mais simplement de s'intituler dentistes, de sorte que les conditions sont absolument les mêmes que si aucune loi n'existait et que l'exercice de la profession fut libre. L'auteur constate que les praticiens non diplômés continuent à exercer, que leur nombre augmente et qu'ils s'organisent solidement, accumulent des fonds considérables et se préparent à soutenir la lutte que les dentistes diplômés vont prochainement engager à fond contre ces illégalités. Il exprime cependant l'espoir que grâce à la puissance de la *British Dental Association*, les dentistes diplômés gagneront leur cause et obtiendront toutes les satisfactions équitablement dues.

M. Coxon présente ensuite un mémoire sur l'enlèvement du sang de la bouche dans les cas d'extractions nombreuses. L'appareil dont il se sert est assimilable à une puissante pompe à salive. L'aspiration est assurée par une pompe qu'actionne un moteur, elle est réglée et contrôlée au moyen d'un trou ménagé dans le tube. Pendant le fonctionnement de l'appareil le trou est bouché avec le doigt, on le retire ensuite pour laisser pénétrer l'air et dégager les tissus.

Les travaux du Congrès se terminent ce jour par la communication de *M. Booth Pearsall* sur les dents du *pithecanthropus erectus*. M. Booth Pearsall, après un examen attentif des dents qu'il a eues entre les mains, s'est décidé à les étudier en les envisageant sous six aspects différents et il arrive à une conclusion différente de celles de M. Amoëdo et de M. Virchow. Pour lui, les dents en question sont des dents de sagesse.

Après ces communications, toute l'activité des congressistes se porte sur les démonstrations qui rempliront entièrement la dernière journée du Congrès tout entière ; nous les citerons seulement dans l'ordre où elles ont été faites. *M. Thomlinson* présente un miroir ajustable pour la bouche. Ce miroir a l'avantage de laisser libres les deux mains de l'opérateur puisqu'il se fixe sur les molaires à l'aide d'une pince ordinaire qui le soutient par l'intermédiaire d'un fil de cuivre. Il est

particulièrement utile pour les travaux sur la face linguale des incisives supérieures.

M. Parfitt présente une méthode de confection des inlays en porcelaine comprenant le bord incisif. Il prépare pour ces inlays la cavité en gradin. La rétention est assurée par des pivots soudés à la matrice et passés au four en même temps que la porcelaine quand on cuit celle-ci.

M. Röse fait part à l'assistance des perfectionnements qu'il a apportés à son système de contreplaquettes démontables et interchangeables. Alors que les systèmes qu'il a précédemment présentés étaient tels que la contreplaquette s'appliquant directement sur la dent ne se trouvait supportée que sur un tiers de sa longueur, par l'autre dans laquelle elle s'emboîte, celles qu'il présente maintenant sont entièrement ajustées comme dans une gaine dans toute leur hauteur par la seconde partie qui fait corps avec la pièce prothétique. Les types des dents que présente M. Röse sont très nombreux et des plus intéressants. Elles s'appliquent aux bridges comme aux travaux à plaque.

M. Nicholson expose les excellents résultats qu'il a obtenus de l'emploi de la composition de Caulk pour recouvrir les pulpes exposées. Cette composition ne donnerait aucune irritation et ne nécessiterait pas la compression des tissus.

M. Gartrelle fait une série de trois communications :

L'une sur le moyen de renforcer les pièces en caoutchouc et surtout les pièces du bas par une mince plaque en or appliquée du côté lingual et striée vers le bord tranchant au moyen d'un poinçon spécial ;

La seconde se rapporte à un nouveau moufle pour couler les modèles métalliques destinés à l'estampage : ce nouveau moufle a l'avantage d'après l'auteur de la communication de n'exiger qu'un modèle très mince et permet au moyen de petites secousses de retirer du sable des modèles présentant des parties rentrantes peu accentuées ;

La troisième communication a trait à un perfectionnement dans la coulée des plaques en métal. On emploie une partie du moufle dans laquelle on revêt de plâtre la plaque de cire qui doit être reproduite en métal coulé. La cire est ensuite enlevée à l'eau chaude. On sèche parfaitement, puis on perce dans la partie supérieure un trou par lequel on coule le métal (étain et argent) fondu au chalumeau. La plaque est alors prête. C'est en somme le procédé à cire perdue que M. Gartrelle a introduit en Angleterre et que nombre de dentistes y emploient avec succès.

M. Hinchliff expose la méthode par laquelle il facilite la réparation des pièces combinées en métal et caoutchouc. On sait qu'il est souvent nécessaire pour la réparation d'une telle pièce de sacrifier le

caoutchouc. Afin d'obvier à cet inconvénient, l'auteur de la communication réunit la plaque métallique au caoutchouc par des vis dont les têtes sont encastrées dans la face palatine de la plaque spécialement fraisée à cet effet. Du même auteur, la méthode suivante pour remettre en place de manière certaine et sans aide d'aucune sorte les morceaux d'une pièce cassée. Les bords de la cassure sont provisoirement réunis et maintenus en place par des fils métalliques recourbés en U et collés à quelque distance des bords par de la cire. On ne coule le modèle sur la pièce qu'après s'être assuré que l'ajustement est parfait.

M. Robbins démontre la méthode qu'il emploie pour terminer les obturations à l'amalgame : il les presse avec des cylindres constitués par des feuilles d'argent et les brunit ensuite. Il déclare que cela absorbe l'excès d'amalgame et, d'autre part, en prévient l'expansion en dehors des bords de la cavité.

M. Erskine expose un perfectionnement aux pompes à salive. Au lieu de réunir la partie qui se trouve dans la bouche avec celle qui se trouve à l'extérieur par un joint de caoutchouc, il termine la première en pointe. Cette pointe s'engage dans l'ouverture du tube extérieur et donne ainsi un joint parfait.

M. Booth Pearsall fait de nombreuses communications sur divers outils ou procédé destinés à faciliter le travail. Notons que la plupart de ces présentations ont déjà été faites par lui l'an dernier :

Les fraises pour inlay de Merrion de forme conique et qui sont d'un usage très pratique pour la préparation des cavités de dépouille. Elles ont encore l'avantage de couper l'émail de façon très nette sans causer aucune gêne au patient, ce qui les rend précieuses pour le traitement des bouches d'enfant.

Un petit instrument destiné à retirer les inlays des cavités au moyen d'un peu de cire que l'on place dans une cavité à l'extrémité de l'instrument.

Un marteau spécial garni de feutre qui ne peut par suite en aucune façon endommager les plaques métalliques qu'il sert à estamper.

Un articulateur de Merrion léger (en aluminium) solide, facile à manier et permettant de voir l'articulation à fond des cuspides.

Un brunissoir rotatif pour les matrices d'inlay. Ce brunissoir permet pour obtenir une surface lisse de garnir un modèle en plâtre d'une feuille d'étain ou de garnir la pièce montée sur cire avec une feuille d'étain, qui recouvrira le moule en plâtre préparé pour le bourrage du caoutchouc. On obtient pour ce dernier une surface beaucoup plus dure et résistante, que lorsqu'il est cuit entre deux surfaces de plâtre.

Des porte-empreintes spéciaux de Merrion en aluminium établis pour s'appliquer à toutes les bouches en répartissant également en tous les points la surface d'empreinte.

Des matrices en feuille d'étain de diverses épaisseurs pour les obturations au ciment : la feuille d'étain est enduite de ciment que l'on applique avec le doigt très soigneusement sur la cavité. On tire la feuille de manière à obtenir une surface unie et au besoin on fait mordre pour obtenir l'articulation. La cavité étant ainsi préservée du contact de l'humidité, le ciment sèche très rapidement.

M. Platschick fait une démonstration dont nous ne parlerons pas, puisque c'est la même qui a été faite devant vous sur un four pour la confection des inlays en or coulé.

Un certain nombre de démonstrations ont été faites sur l'emploi des anesthésiques. Entre autres, nous citerons celle de *M. Guy* qui emploie un mélange de protoxyde d'azote et de chlorure d'éthyle, la dose du second étant insignifiante. Le patient respire environ pendant 25 secondes après lesquelles on peut retirer l'appareil. La durée de l'anesthésie est de une minute à une minute et demie. Etant donné la faible proportion de chlorure employée et le mode opératoire les effets fâcheux du chlorure sont évités. M. Guy dit avoir fait avec succès environ 500 applications de sa méthode.

M. Th. Quinlan fait la démonstration d'élévateurs destinés, non pas à remplacer le davier, mais à lui être, selon le dire même de l'orateur, ce que sont aux troupes actives les troupes de réserve. M. Quilan les a spécialement étudiés pour les extractions des dents et des racines dans les cas difficiles et il fit la démonstration de leur emploi sur une vingtaine de racines dont quelques-unes complètement recouvertes, avec une rapidité remarquable. Il serait certainement intéressant d'indiquer le mode opératoire, mais cette description serait trop longue ici.

Nous ne pouvons terminer le compte rendu du Congrès sans citer la lecture publique faite par *M. Cunningham* sur les soins à donner aux dents. Cette lecture destinée au public, nous le répétons, avait lieu sous les auspices de la *British Dental Association* et en présence du président de celle-ci. M. Cunningham fut vivement félicité. N'y a-t-il pas là un exemple à suivre et ne serait-ce pas une excellente chose que des conférences publiques qui secoueraient un peu l'indifférence générale pour les soins dentaires. Plusieurs de nos confrères en ont fait déjà, ne se dévoueront-ils plus, à l'occasion propice de quelque congrès, pour faire entendre la bonne parole ?

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 juin 1907.

Présidence de M. TOUVET-FANTON, président.

La séance est ouverte à 9 h. 10.

I. — CORRESPONDANCE.

M. le président. — J'ai reçu une lettre de M. Jeay, qui s excuse de n'avoir pu terminer sa communication « périostite gommeuse du maxillaire inférieur » et nous prie de la reporter au mois prochain.

J'ai à vous communiquer une lettre de M. Frey, qui s'excuse de ne pouvoir assister à notre réunion de ce soir. M. Frey a en effet sa sœur malade, une ancienne élève de l'Ecole que vous connaissez, nous adressons à M. Frey, notre double et sympathique regret.

Je suis également chargé par M. Frey de vous rendre compte des travaux de la Commission de réforme des dents minérales.

Cette Commission, d'abord réunie par votre président, exprima le désir de voir s'augmenter le cercle de son action, en essayant d'allier sur ce terrain d'intérêts communs, l'effort de tous les groupements dentaires possibles, et nomma pour son président effectif M. Frey, promoteur de sa formation. La Commission n'a cessé depuis de fonctionner avec activité, grâce au zèle et au dévouement de son actuel président.

M. Frey nous réunit, et il fut définitivement décidé de faire appel à tous les groupements professionnels, sans distinction, pour essayer d'obtenir, en nous unissant, une action plus efficace sur les fabricants. Ceux-ci, en effet, constituent une véritable puissance et peuvent offrir beaucoup de résistance à se rendre à nos desiderata, si ceux-ci ne sont pas appuyés par une force considérable.

D'autre part, la *Société de stomatologie* s'était, de son côté, occupée de la même question. Suivant donc nos décisions précédentes, nous sommes entrés en relations avec le groupement stomatologiste et une réunion a eu lieu hier chez son président M. Galippe, réunissant les présidents des divers groupements professionnels.

M. Galippe, nous faisant part de ses idées personnelles, a préconisé l'indépendance de chaque goupement pour étudier cette question, chacun de son côté, comme il le jugerait meilleur. Cependant,

sur l'avis des représentants de la Société d'Odontologie, il fut proposé une méthode générale et définie de travail consistant à fixer différents points, savoir : préciser tout d'abord ce que nous reprochons aux dents minérales actuelles ; en second lieu, ce que nous désirons obtenir pour y remédier ; en troisième lieu, signaler les différents moyens à mettre en œuvre pour agir sur les fabricants.

Il a été proposé, en outre, que chaque groupement s'occupe en détail de ces questions et nomme un rapporteur ; que les rapporteurs des différents groupements collaborent à un rapport définitif qui représenterait ainsi le referendum de tous les groupements de France, sauf à trouver ultérieurement une solution meilleure.

Nous espérons voir se constituer un groupement italien, puis un groupement espagnol. Nous obtiendrions ainsi une force considérable pour faire en quelque sorte levier sur les décisions des fabricants et arriver à un résultat.

Je réservais pour la fin de la communication de la correspondance une lettre que je ne vous lis pas sans regrets, la voici : elle émane de M. Lemerle, secrétaire général de la Société, qui se démet de ses fonctions (lecture). Elle vous explique l'absence de M. Georges Lemerle.

M. Godon. — Je pense que le Bureau a fait tout le nécessaire pour faire revenir M. Lemerle sur sa décision. Dans tous les cas je crois que nous, membres de la Société d'Odontologie, nous n'avons qu'à nous louer du concours de M. Lemerle depuis deux ans qu'il remplit les fonctions de secrétaire général. Je propose donc à la Société de refuser la démission de M. Georges Lemerle, d'exprimer nos regrets de sa décision et d'insister pour qu'il retire sa démission et reprenne ses fonctions.

M. le président. — J'appuie non seulement la proposition de M. Godon, mais tenant à vous faire voir que la cordialité, dans les rapports entre le secrétaire général, le président et tout le bureau, n'a jamais cessé de régner, je désire également vous donner des renseignements complémentaires au sujet de cette démission. J'exprime personnellement les mêmes regrets que M. Godon vis-à-vis de notre secrétaire général qui s'est toujours dévoué pour la Société.

Ce sont des raisons personnelles et fort importantes sans doute qui auront déterminé cette décision. Quoiqu'il en soit, je l'ai prié de revenir sur sa détermination. J'ai réuni le Bureau à ce sujet et nous avons fait une démarche collective. M. Blatter et moi sommes allés prier M. Lemerle de retirer sa démission. Nous avons fait toutes les démarches utiles, comme vous le voyez, et qui expriment bien nos sentiments à l'égard de la retraite de M. Lemerle.

Je ne parlerai pas seulement de l'année dernière durant laquelle il a été très dévoué à notre Société, mais je tiens à le remercier du concours qu'il nous a apporté cette année également.

J'appuie fortement les paroles de M. Godon en vous priant de voter tous les regrets que nous éprouvons de voir M. Lemerle démissionner, et je vous propose de refuser sa démission, ce que personnellement j'avais déjà fait. Je mets aux voix la proposition de M. Godon.

Adopté à l'unanimité.

II. — SUR UN CAS D'INFECTION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE, par M. LEDOUX.

M. Ledoux donne lecture de cette communication [1].

DISCUSSION.

M. Blatter. — M. Roy, après avoir examiné très attentivement la malade en question, trouva le cas difficile à élucider en tant qu'étiologie. Cependant son impression clinique fut juste, puisqu'elle est confirmée par la bactériologie. Je remercie M. Ledoux, qui a mis tant de sagacité dans ses recherches, d'avoir éclairci un peu cette question, dont les traités nous parlent si peu.

M. Ledoux. — Je remercie M. Blatter des paroles très aimables qu'il a bien voulu prononcer à mon égard, ou plutôt à l'égard du Laboratoire de bactériologie de l'Ecole dentaire de Paris. Je suis très heureux que l'expérience soit venue confirmer les prévisions de M. Roy.

Nous nous trouvions, en effet, en présence d'un cas tout particulier, dont je n'ai trouvé aucun exemple jusqu'à présent dans mes recherches bibliographiques. La bibliographie est, en général, même à Paris, une besogne très ingrate.

Nous avons bien à la bibliothèque de l'Ecole, un travail original de Miller très estimé, mais ce n'est pas celui-là qui m'importait le plus. Pour trouver par exemple le numéro de la « *Deutschen Medicinischen Wochenschrift* » renfermant le travail que je cherchais, j'ai dû faire plus d'une démarche dans plusieurs bibliothèques. C'est finalement M. Proust, professeur à la Faculté de médecine, qui a bien voulu me le prêter.

De tels travaux supposent toujours, *au moins au début*, une certaine indécision dans les conclusions. C'est quand j'ai pu consulter soit à la Sorbonne, soit à la Faculté, les travaux originaux de Miller, de Galippe, de Vignal et de Widal en particulier, que j'ai pu lever l'indétermination en présence de laquelle je me trouvais provisoirement et affirmer avec précision que je me trouvais bien en présence du Bacille β de Miller.

M. Roy. — Je regrette d'être arrivé un peu tard ce soir ; néanmoins, si vous le permettez, je vous donnerai quelques renseigne-

1. V. *Odontologie*, 30 juin 1907, n° 12, p. 549.

ments sur l'histoire clinique de la malade qui fait l'objet de l'examen bactériologique de M. Ledoux et qui présentait en effet une affection rare.

Quand elle est venue me trouver, elle se plaignait d'une suppuration dans la bouche ; elle disait qu'elle avait, en bas et à gauche, une fistule de laquelle très fréquemment il sortait du pus. J'examinai cette malade qui n'avait plus de dent du côté inférieur gauche. Je ne remarquai pas de fistule et immédiatement je lui en fis part. Elle me fit voir alors que, en pressant au niveau de la région sous-maxillaire, où l'on sentait la glande sous-maxillaire augmentée de volume et indurée, il sortait du pus au niveau du canal de Wharton. Elle me raconta alors que trois mois auparavant, elle avait présenté dans la même région une grosse tuméfaction qu'elle avait attribuée à une fluxion dentaire. Son médecin lui avait fait mettre des compresses. Or subitement le gonflement avait disparu complètement, mais au bout de quelque temps elle s'était aperçu qu'il y avait de la suppuration du même côté de la bouche. C'est alors qu'elle avait été voir un confrère qui me l'avait adressée.

Le canal de Wharton était très dilaté du côté malade, mais je n'y ai constaté la présence d'aucun corps étranger. Néanmoins je pense que cette malade avait dû avoir un calcul ou un corps étranger du canal de Wharton, et que c'est là la cause de l'infection. L'obstacle a déterminé de l'obstruction de la glande lors des phénomènes fluxionnaires décrits par la malade, puis il s'est trouvé expulsé, le cours de la salive s'est rétabli, mais l'infection glandulaire a persisté.

Les calculs ont le plus souvent pour point de départ des corps étrangers qui pénètrent dans le canal de Wharton.

J'avais prié M. Ledoux de faire des prélèvements de pus et de les examiner. C'est le résultat de cet examen qu'il vient de vous donner ce soir. J'avais commencé à traiter la patiente. Mon traitement consistait à faire dans le canal de Wharton de grandes injections d'eau bouillie. Après cela je lui faisais des injections de nitrate d'argent au 1/1000. J'ai pratiqué ce traitement pendant 15 jours. Puis la malade a subitement disparu de mon service. Il n'y avait pas de modification très notable dans son état, mais c'était un temps tout à fait insuffisant pour avoir un résultat bien net.

M. Godon. — Nous observons rarement ces cas d'infection de la glande sous-maxillaire. Cependant, récemment, j'ai pu observer, non pas une infection de la glande sous-maxillaire, mais une obstruction du canal de Wharton consécutive à l'ablation du tartre.

A la suite de l'extraction du tartre, la malade avait senti un gonflement dans la région sous-maxillaire. Elle en était très effrayée. Le gonflement avait disparu le lendemain, pour se reformer au moment des repas. J'ai supposé qu'à la suite du nettoyage un débris de tartre

avait pu sauter dans le canal de Wharton. Au bout d'un jour ou deux, ce débris de tartre avait pu être expulsé, sans doute, si bien que le gonflement a disparu. Ce cas a un certain rapport avec celui qui vous a été rapporté ce soir, quoiqu'il n'y ait pas eu de véritable infection.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour insister sur l'utilité du concours qu'a prêté dans la circonstance notre laboratoire de bactériologie à notre clinique de stomatologie.

Tout le mérite en revient à notre dévoué chef de laboratoire qui consacre tout son temps à enseigner à nos élèves les différents travaux qu'ils ont besoin de connaître.

Nos élèves ont besoin de beaucoup d'exhortations pour suivre d'une manière régulière les démonstrations de M. Ledoux et j'ai souvent entendu dans notre administration, discuter, examiner le plus ou moins d'utilité de ce service de bactériologie. Vous voyez que M. Ledoux vient de nous montrer quels excellents travaux il fait faire à nos élèves, et ceux qui voudront bien aller le voir pendant ses séances seront, eux aussi, convaincus comme je l'ai été moi-même chaque fois qu'il m'a montré les travaux de ses élèves. Ce service a le tort de se trouver à une extrémité de l'établissement, de sorte qu'on oublie de le visiter comme on devrait cependant le faire.

M. Ledoux nous a apporté une communication extrêmement étudiée, qui a des applications qui intéressent les dentistes, les cliniciens, les praticiens, puisqu'il complète le diagnostic clinique de M. Roy par ses expériences très démonstratives de bactériologie.

Je vous demande donc la permission de me joindre à mes collaborateurs, MM. Roy et Blatter, pour adresser à M. Ledoux nos remerciements et nos félicitations. Je remercierai en même temps M. Roy d'avoir provoqué cette communication.

M. Ledoux. — Je suis très touché de vos témoignages d'approbation et je suis d'ailleurs très heureux de me trouver en communauté d'idées avec M. Roy. Aussi bien, mon rôle était très limité. J'ai étudié la suppuration au point de vue purement scientifique. Quoi que n'étant pas clinicien, je me suis demandé qu'elle pouvait être l'origine de cette suppuration. La discussion à laquelle ont pris part M. Godon et M. Roy, me permet maintenant de supposer qu'en effet l'agent primordial de l'affection a pu être la présence d'un corps étranger introduit accidentellement dans le canal de Wharton.

Dans tous les cas semblables, ce qui importe surtout c'est de connaître le début de l'affection. Ce n'est pas toujours chose facile. La patiente que j'ai interrogée à ce sujet, ne savait pas à quelle époque ni dans quelles conditions précises la suppuration avait commencé. Nous avions donc perdu des jalons précieux pour notre étude. Pour vous donner une idée de la difficulté en présence de laquelle je me suis trouvé pour identifier les microbes que j'ai isolés, je vous de-

mande la permission de vous donner connaissance textuellement des conclusions que Miller a lui-même posées en ce qui concerne le bacille β. Je demande pardon aux personnes qui ne sont pas initiées à la langue allemande, mais comme je sais que plusieurs de nos honorables confrères pourront le comprendre, je vais d'abord lire l'original en langue allemande pour le traduire ensuite en français :

« Der β-Pilz hat verschiedenen Entwickelungsformen. Kokken,
» Bakterien, Bacillen und Faden. Durch sein Auffinden ist die
» Thatsache das untunter in einem Zahncanälchen Uebergänge von
» Bacillen zu Bacterien und von Bakterien zu Kokken zu Sehem
» Sind, leicht erklärlich Dieser Pilz wächst nur ausserst langsam bei
» Gelatine temperatur und *für sein Verhalten auf Gelatine karm ich*
» *daher keine specifischen Merkmale angeben.* »

La traduction française est la suivante :

« Le microbe β a différentes formes de développement : Cocci,
» bactéries, bacilles et fils. C'est un fait intéressant à noter qu'on le
» trouve parfois très nettement dans les canalicules dentaires avec
» toutes les formes de passage des bacilles aux bactéries et des
» bactéries aux cocci. Ce microbe ne se développe que très diffici-
» lement à la température à laquelle on peut faire les observations
» sur la gélatine. *Quant à ce qui concerne son développement sur la*
» *gélatine, je ne puis donner à ce sujet aucun indice nettement spéci-*
» *fique.* »

Vous pouvez ainsi, mes chers confrères, vous rendre compte de la difficulté que présentent de telles recherches et en particulier de la difficulté qu'on éprouve à poser des conclusions fermes sur un sujet aussi spécial et non encore étudié.

M. Amoëdo. — Dans la communication de M. Ledoux, la partie étiologique a été suffisamment bien traitée, et étant donné sa compétence et les soins qu'il a apportés à son étude bactériologique, je crois que de ce côté il n'y a rien à dire. Par contre, il y a un point qu'il nous faudrait étudier, c'est la partie pathogénique.

Il est évident qu'on se trouve devant un fait, mais on ne sait pas si c'est une infection ascendante. Il y a des abcès qui viennent par la circulation, mais dans le cas présent, nous ne savons pas si cette infection est survenue dans la glande sous-maxillaire par le canal de Wharton. C'est là une chose à étudier. M. Ledoux a-t-il consulté la thèse de M. Dias Albertini qui a été passée à Paris en 1892 ou 1893 sur les parotidites ascendantes ? Il y a un autre travail du docteur Rojas, de la Havane, publié en 1885, dans les « Annales de la Société Odontologique de la Havane » sur les parotidites survenues en cas de fièvre grave lorsque la 2e grosse molaire supérieure a été cariée. Dans tous ces cas, il s'agit de parotidites ascendantes.

M. Ledoux. — En ce qui concerne les parotides j'ai recherché s'il

n'y avait pas quelque cas analogue. J'ai revu toute ma bibliographie sans rien y trouver.

M. Amoëdo. — Etant donné que je crois, comme tout le monde, que les parotidites et l'inflammation des glandes sous-maxillaires résultent d'une infection ascendante, il faut, comme prophylaxie, conseiller à nos malades des soins minutieux d'hygiène ; surtout lorsqu'ils sont atteints d'une affection fébrile quelconque.

M. Roy. — M. Amoëdo vient de parler des parotidites qu'on observe dans les affections générales graves, ce sont aussi des parotides d'origine buccale. Des microorganismes remontent par le canal de Stenon, viennent se loger dans les culs-de-sac glandulaires, où, par suite de la diminution de résistance du terrain organique, ils produisent des infections d'une forme particulièrement grave.

Dans le cas particulier, c'est un accident purement local. La malade était dans un état de santé normal quand elle a présenté ce gonflement énorme qui a disparu au bout de quelque temps, ce qui cadre bien avec ce que nous savons des calculs de la glande sous-maxillaire; ceux-ci donnent naissance à des accidents tout à fait analogues : grosse tuméfaction de la région sous-maxillaire, puis on voit généralement un gonflement du plancher de la bouche, puis subitement un calcul se trouve expulsé par le canal de Wharton ou grâce à une intervention chirurgicale. Mais il reste parfois de l'infection de la glande, ce qui peut en nécessiter l'ablation.

Le président. — Personne ne demandant plus la parole, je vous dirai que votre président ne regrette qu'une chose, c'est qu'après les nombreux orateurs qui se sont succédés il ne peut plus trouver de meilleures raisons pour remercier d'une façon plus marquée encore M. Ledoux de son excellente communication.

M. Ledoux nous a présenté ce soir un travail extrêmement complet, qui lui a certainement demandé un temps considérable, une ténacité exemplaire. Il ne peut certes pas nous donner de preuve meilleure de l'utilité du laboratoire qu'il dirige à notre Ecole.

M. Ledoux remerciait tout à l'heure la Société d'Odontologie de l'hospitalité qu'elle lui avait offerte, mais c'est bien plutôt la Société qui tient à le remercier, en la personne de son président, pour la très intéressante communication qu'il vient de nous faire.

III. — Compte rendu du Congrès de Cardiff, par M. Platschick.

M. Platschick résume le compte rendu du Congrès de Cardiff dont il doit donner lecture à une prochaine séance et que nous publions p. 61.

Le président adresse des remercîments, au nom de la Société, à M. Platschick pour son intéressant compte rendu.

IV. — Considérations a propos de la construction des fours pyrométriques, par M. Platschick.

M. Platschick développe cette question avec son habituelle compétence ; il complète sa communication en produisant quelques expériences très concluantes relatives à la pyrométrie. (Cette communication sera publiée ultérieurement.)

Discussion.

Le président. — Nous avons à remercier doublement M. Platschick. Tout d'abord pour nous avoir représentés au Congrès de Cardiff, aussi devons-nous le remercier pour le compte rendu sommaire qu'il vient de nous faire de ce Congrès, en attendant celui plus complet qu'il nous a promis.

Quant à la communication qu'il nous a présentée sur la façon de calculer la température des fours, elle est d'autant plus intéressante qu'elle vient compléter la série si remarquable de démonstrations pratiques qu'il a excutées cette année.

M. Francis Jean. — J'adresse mes remerciements personnels à M. Platschick qui a bien voulu nous représenter au Congrès de Cardiff, y travailler pour notre prochain Congrès de Reims et nous gagner des adhérents. Par sa collaboration et par son activité il va nous aider grandement à donner un vif éclat à notre Congrès. Les choses prennent la meilleure tournure et les communications s'annoncent nombreuses. Vous voyez que c'est de bon augure.

V. — Les dentistes et les Congrès internationaux de médecine.

M. Godon. — J'ai reçu de notre confrère, M. le professeur Miller, de Berlin, une lettre que je dois vous lire (lecture).

Voici d'autre part la résolution adoptée par nos confrères allemands, qui est précédée de quelques lignes d'explications de M. Miller (lecture)[1].

Je vous proposerai donc comme sanction de cette communication le projet de résolution suivant : (lecture)[2].

Comme vous le voyez, Messieurs, c'est une protestation que je vous propose d'adresser au Comité d'organisation du Congrès médical de Budapest, comme les dentistes allemands viennent de le faire, comme la F. D. I. a été chargée de le faire à Genève l'année dernière et comme elle va le faire à nouveau à Amsterdam cette année-ci.

Je demande à M. le Président de vous soumettre cette question.

M. Amoëdo. — Je suis les Congrès internationaux de médecine

1. V. *Odontologie*, 15 juin 1907, p. 537.
2. *Id.*, p. 538.

depuis 1887 où le Congrès eut lieu à Washington. Mais le premier Congrès qui établit une section dentaire, fût celui de 1881. Afin de déterminer quels seraient les membres admis à celui de Washington, l'*American medical Association* vota une résolution proposée par le Dr. N. S. Davis [1], reconnaissant dans la famille médicale, avec les mêmes droits, les dentistes qui auraient reçu une éducation médicale régulière dans une école dentaire.

A Berlin 1890 le règlement était ainsi conçu :

« Art. 2. — Sont admis à prendre part aux travaux du Congrès, les médecins diplômés qui s'étant fait inscrire comme membres, auront retiré leurs cartes. D'autres personnes, non docteurs en médecine, que les travaux du Congrès intéressent, pourront être admises comme membres extraordinaires. »

Dans le règlement du Congrès de Rome 1894, nous lisons :

« Art. 2. — Sont admis à prendre part aux travaux du Congrès, les médecins qui auront satisfait aux obligations de l'inscription, etc.

» Art. 3. — Les personnes doctorées dans une autre science, qui s'intéresseront par leurs études spéciales aux travaux du Congrès, pourront être inscrites avec les mêmes devoirs et les mêmes droits que les congressistes médecins, y comprenant la faculté de prendre une part active aux travaux. »

Voici ce que dit le règlement de celui de Moscou en 1897 :

« Art. 3. — Le Congrès se composera des médecins qui se seront fait inscrire, et auxquels il aura été délivré une carte de membre. Indépendamment des médecins, les personnes munies d'un titre scientifique, qui désirent prendre part aux travaux du Congrès, pourront également en faire partie aux mêmes conditions, mais en qualité de membres extraordinaires.

» Pourront également en faire partie, en qualité de membres extraordinaires, les vétérinaires, les pharmaciens, les médecins-dentistes.

» *Remarque.* — Les membres extraordinaires ne prennent part qu'aux travaux des sections du Congrès dans lesquelles ils se sont fait inscrire.

» Ils reçoivent toutes ses publications, mais n'ont pas droit de vote dans les questions qui concernent son organisation. »

Le règlement de celui de Paris de 1900, disait :

« Art. 2. — Seront membres du Congrès :

» 1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

» 2° Les savants qui seront présentés par le comité exécutif français, ou par des comités nationaux étrangers. »

Mais à la suite d'une pétition des dentistes de Moscou, les dentistes furent admis au dernier moment à prendre part à ce Congrès. Les dentistes français, non docteurs en médecine, se sont abstenus d'y prendre part.

---

1. *Dental Cosmos*, 1887, page 400.

Le règlement de celui de Madrid (1903) était conçu avec plus de libéralité que les précédents. Le voici :

« Art. 2. — Le Congrès sera composé des médecins, pharmaciens, vétérinaires, dentistes et autres professionnels des différentes branches des sciences médicales, inscrits comme membres. Pourront être membres également dans les mêmes conditions, et avec les mêmes droits que les congressistes médecins, tous ceux qui, possédant un diplôme professionnel ou scientifique, désirent appartenir au Congrès, ou prendre part à ses travaux ainsi que les représentants de la presse. »

Avec ce règlement, la porte était ouverte à tout venant, et le résultat fut un encombrement tel, que la veille de l'ouverture du Congrès, à la répartition des insignes, les bousculades furent quelque peu honteuses. Ce même phénomène, je l'ai vu se produire dans tous les autres Congrès, chaque fois que tous les membres devaient se trouver dans une réunion.

Les voyages, ainsi que le logement de tant de congressistes, ont toujours présenté de grandes difficultés.

Afin de remédier à cet état de choses, le règlement du Congrès de Lisbonne (1906) fut modifié de la façon suivante :

Art. 2. — Seront membres du Congrès :

1° Les médecins qui en feront la demande ;

2° Les savants qui seront présentés par le comité exécutif portugais ou par les comités nationaux étrangers.

Comme on voit, ce n'était pas une mesure prise contre les dentistes en particulier, mais bien contre tous les membres extraordinaires.

Notre ami Aguilar, voulant entrer par la grande porte au Congrès de Lisbonne, rédigea une pétition qu'il fit signer par plusieurs professeurs de la faculté de Paris et de Madrid, demandant à ce que les dentistes fussent admis au Congrès, avec les mêmes droits que les médecins. Afin de résoudre la question d'une façon définitive, il y eut une réunion composée des comités nationaux étrangers. M. Cruet fut nommé rapporteur au nom des Stomatologistes. Le vote de cette réunion fût la non-admission des dentistes non pourvus du diplôme de docteur en médecine, dans les futurs Congrès internationaux de médecine.

Le Congrès de 1909 aura lieu à Budapest, on y a adopté le même règlement qu'à celui de Lisbonne, et précisément en Hongrie, il faut être Docteur en médecine pour excercer l'art dentaire.

En résumé, je ne crois pas qu'une protestation quelconque puisse changer les décisions prises par les comités des différents pays réunis à Lisbonne, quant à l'admission des dentistes, dans les futurs Congrès internationaux de médecine.

M. Blatter. — Ce qu'il faut bien prouver à ces confrères, c'est que nous, dentistes, nous sommes d'idées plus larges. Nous travaillons pour

l'avancement de la profession. Nous ouvrons la porte toute grande aux docteurs en médecine, et nous protestons avec raison contre des sectaires qui s'enferment jalousement dans leurs murs.

M. Roy. — On pourrait discuter sans fin sur un tel sujet.

Ce qu'il faut envisager, c'est le point de départ de cette discussion. Il y a une chose très intéressante dans le texte de M. Miller et c'est celle surtout que nous devons retenir, je crois. Il y a un certain nombre de gens qui sont des dentistes, qu'ils le veuillent ou non, puisqu'ils vivent de leur métier de dentistes, qu'ils ne gagnent leur vie qu'avec leur métier de dentiste. Or ces dentistes, malgré eux, voudraient mettre hors de la profession dentaire leurs confrères qui ont des titres dentaires, alors qu'eux en sont généralement dépourvus. Ainsi que le fait très bien remarquer M. Miller, les dentistes ont toujours admis leurs confrères médecins dans les Congrès dentaires, ils y ont même admis les médecins dépourvus de titres dentaires, alors que les stomatologistes éloignent les dentistes de leurs congrès.

En dehors même des Congrès de médecine, le même procédé est suivi au Congrès de stomatologie, où l'on met les dentistes à l'écart. Ce sont en somme des gens qui viennent prendre chez nous tout ce qu'ils peuvent et ne veulent rien donner. Je vous demande de voter la proposition de M. Godon, de façon à susciter dans tous les pays du monde un mouvement analogue et pour que cette question de la lutte contre les stomatologistes soit posée et discutée universellement.

M. Godon. — Je crois que la discussion n'a pas besoin de se prolonger sur cette question et que votre opinion est faite. Il est évident que nous admettons les médecins dans nos Congrès, qu'ils aient ou non des titres dentaires. C'est la raison de Miller.

Or, nous avons justement lieu d'être blessés de voir que la porte est fermée aux dentistes dans un Congrès où l'on s'occupera de choses dentaires. La protestation de nos confrères allemands est très nette ; celle de Miller est très nette également. Nous n'avons qu'à joindre notre protestation à la leur.

Je répondrai à M. Amoëdo qu'à certains Congrès on a fermé la porte aux dentistes, à Moscou, par exemple. A Paris également, mais la protestation des dentistes français et étrangers a fait que les dentistes ont pu s'inscrire. A Madrid également la Section d'Odontologie a été ouverte aux dentistes.

M. Roy. — Cela a d'ailleurs contrarié les autres sections qui étaient beaucoup moins florissantes.

M. Godon. — Il a effectivement fallu diviser la section en deux, l'une comprenant les membres des langues latines, l'autre comprenant les membres des langues saxonnes. Grâce à notre éminent confrère M. Cruet et à l'absence générale des dentistes, car je crois qu'ils étaient dix-huit ou vingt-deux, ils ont réussi à faire fermer la porte

aux dentistes à Lisbonne, malgré les protestations très vives de M. Aguilar. Nous avons joint nos protestations à celle d'Aguilar à Saint-Louis pour empêcher l'application de cette mesure restrictive au Congrès de Lisbonne.

Aujourd'hui semblable occasion se représente. Il aurait été bon que la Société d'Odontologie ait eu l'initiative de la protestation et je me proposais de vous en saisir ce soir. Miller le fait en sa qualité de président de la F. D. I. Il comprend fort bien son devoir en prenant la tête du mouvement de protestation et nous n'avons qu'à le féliciter en cette circonstance et à joindre notre protestation à la sienne.

Le président. — Quoiqu'étant une Société scientifique, la Société d'Odontologie n'en représente pas moins les odontologistes. Une telle Société ne saurait rester indifférente à une question où se trouve en jeu en quelque sorte la vie ou la mort de l'Odontologie. Or, en vérité, c'est sa vitalité elle-même qui est en jeu.

La Société d'Odontologie a eu tout récemment l'initiative de mettre à son ordre du jour et de renvoyer à l'étude de nos différents groupements des questions d'orientation professionnelle. Cette question a également trait à cette orientation.

Je vous demande donc de donner votre appréciation sur l'ordre du jour de M. Godon que j'approuve entièrement. Je vous demande de l'adopter et de renvoyer cette protestation à nos différents groupements.

La proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

VI. — Présentations diverses.

M. Godon. — Avant de vous faire ma communication, je dépose sur le Bureau de la Société d'Odontologie, pour le Musée, une anomalie de disposition qui m'a été adressée par un de nos confrères, M. Michel Lehmans, de Laval.

Il reçut la visite d'un de ses patients qui lui amenait son fils, âgé de 6 ans, dans le but de lui faire extraire l'incisive centrale droite de la mâchoire inférieure, en raison de ce que la dent permanente était placée derrière. En faisant l'avulsion de cette dent de lait, notre confrère constata, à sa grande surprise, que l'incisive latérale y était soudée.

Ce n'est pas là un cas exceptionnel, nous le voyons quelquefois. Malgré tout la pièce est intéressante. Elle peut figurer parmi les anomalies de disposition de Magitot ou les anomalies de constitution d'après ma classification ; enfin c'est une union anormale de deux germes.

M. Debray nous dépose deux anomalies de formes de racines de canines qui sont très intéressantes et qui prendront utilement place dans notre musée. Nous pouvons en remercier M. Debray. Je trans-

mettrai, si vous le voulez bien, les remerciements de la Société à ces confrères pour leurs envois.

Voici quelques dents que j'ai ramassées pendant mes vacances de Pâques dans les ruines de Carthage. Ces dents n'ont pas un très grand intérêt par elles-mêmes. En visitant ces ruines, la première chose que j'ai trouvée a été une grande incisive. Je l'ai ramassée, puis j'ai trouvé une petite incisive, puis une prémolaire.

Cela n'a pas grand intérêt, je le répète, du fait que le sol de Carthage a été souvent bouleversé. Il y est passé de nombreuses civilisations. Il y a eu, comme vous le savez, l'époque de Carthage, l'époque des Romains, l'époque des Barbares. De plus depuis, on a remué à nouveau ce sol pour reconstruire Tunis.

Pourtant j'ai trouvé des débris de bagues romaines avec ces dents.

VII. — Bridges et pyorrhée alvéolaire.

M. Godon. — Vous savez, que lors de ma communication sur les considérations sur l'équilibre des dents et des arcades dentaires, j'avais appelé votre attention sur la nécessité qu'il y avait, dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire de reconstituer l'équilibre articulaire des dents, autrement dit de replacer autant que possible les dents dans leur position normale et dans leur occlusion afin de rétablir l'équilibre articulaire. Je vous signalais cela comme une des conditions nécessaires du traitement.

Voici une malade qui s'est présentée à moi, ayant de la pyorrhée alvéolaire. Elle souffrait beaucoup de quelques-unes de ses dents antérieures de la mâchoire supérieure, particulièrement de l'incisive latérale gauche très ébranlée. La patiente partait à la campagne. Je lui ai fixé sa grande incisive avec une ligature métallique, un fil de platine, et lui ai fait le traitement antiseptique habituel. Je l'ai revue à sa rentrée, avec l'intention, comme je le fais depuis quelque temps, de lui fixer ses dents chancelantes à l'aide d'un bridge. Effectivement, cette première fixation de dent par une simple ligature métallique avait déjà donné d'excellents résultats ; les douleurs ont diminué de plus en plus, et ma patiente a pu passer ses vacances tranquillement.

Si l'on examine les modèles que je présente, on voit qu'en dehors des prédispositions de la malade, il y a ébranlement des dents et pyorrhée précoce, parce que l'équilibre articulaire est absolument rompu par suite de l'absence des molaires antérieures et inférieures, sauf une, toute la pression s'exerce uniquement par les dents antérieures inférieures sur les dents supérieures et la disposition de l'articulation actuelle, même sans prédisposition aucune à la pyorrhée, doit suffire pour amener avant peu une projection en avant des dents antérieures et un ébranlement de ces dents.

Nous avons appliqué à la patiente, en bas, un appareil de prothèse

ordinaire pour soutenir les prémolaires et la molaire qui restaient, leur donner un point d'appui, et à la mâchoire supérieure nous avons construit, avec notre collaborateur, M. Masson, un bridge. Ce bridge se composait d'une première partie qui prenait son point d'appui sur la deuxième grosse molaire qui restait au côté gauche et la canine qui étaient relativement peu ébranlées. Ceci constituait le bridge ordinaire de mastication, le bridge simple qu'on fait habituellement et qui était tout à fait indiqué par l'absence des dents.

Ce premier bridge a servi de point de départ et de point d'appui pour construire un bridge spécial sur les dents antérieures.

Il y a quelques années il semblait tout à fait contre-indiqué d'aller placer des bridges sur des dents chancelantes.

Depuis les travaux de Ames, de Chicago, de Rhein, de New-York, de Losada, de Madrid et de plusieurs autres, il a été prouvé que l'immobilisation dans les cas de pyorrhée était une des premières phases principales du traitement et que si pour l'établissement des bridges on dévitalisait les dents, la dévitalisation des dents chancelantes, dans le cas de pyorrhée, était encore une des meilleures conditions pour le traitement de la pyorrhée. C'est ce qui a été fait dans ce cas particulier. Les dents ont été dévitalisées. La malade s'en est trouvée beaucoup mieux. Sur ces dents dévitalisées une plaque de métal semblable à celle déjà décrite dans notre communication intitulée « Considérations sur l'étude de la mâchoire », au chapitre de la pyorrhée. (V. *L'Odontologie*, 1905-1906.)

Depuis les quelques mois que la malade a ce bridge, elle s'en trouve très bien, et avec l'appareil inférieur a été rétabli l'équilibre articulaire de la mâchoire, c'est-à-dire que tous nos points d'appui de tous les mouvements articulaires existent et répartissent d'une manière normale la pression pendant la mastication.

Je n'ai pas eu le temps de vous apporter d'autres cas, mais j'en ai notamment un qui date d'un certain nombre d'années. Pour une de mes malades j'ai employé graduellement ce procédé, par suite d'essais divers. Or la malade à qui j'avais appliqué ces appareils me demandait : Combien pensez-vous que cela peut encore durer ? Je lui répondis, vous les aurez encore jusqu'à l'exposition de 1900. Cela se passait bien avant. Or elle les a encore actuellement. Elle avait des dents extrêmement chancelantes.

Nous avons terminé par un bridge appliqué dans les mêmes conditions. La mastication se fait parfaitement. Les dents sont absolument maintenues. J'ajoute que j'ai plusieurs cas analogues.

Il est évident que j'en applique de plus en plus étant donnés les résultats, que j'attribue à ces trois conditions :

1° Dévitalisation des dents dans les cas de pyorrhée ;

2° Établissement de l'équilibre articulaire, c'est-à-dire rétablisse-

ment des dents dans la situation à peu près normale qu'elles doivent avoir au point de vue de l'occlusion et des rapports articulàires ;

3° Immobilisation des dents.

Je n'ai pas eu le temps de vous préparer une communication plus complète, j'ai voulu seulement vous présenter ce cas qui n'est pas nouveau, parce qu'on en parle dans la littérature dentaire depuis quelques années. J'ai voulu vous présenter une observation qui confirme les résultats que vous avez pu voir exposés aussi bien dans la littérature française que dans la littérature étrangère.

Discussion.

M. Blatter. — Par quel processus ont disparu les molaires qui manquent ?

M. Godon. — Elles sont tombées par suite de pyorrhée. Certaines ont été extraites jadis, probablement par suite de pyorrhée.

M. Blatter. — Quel âge avait votre malade ?

M. Godon. — Une cinquantaine d'années.

M. de Nevrézé. — Je ne voudrais pas critiquer le traitement de M. Godon. Cependant mon étonnement est grand de voir, dans cette Société, pour la première fois, un cas de pyorrhée produit pour ainsi dire en public.

Lors de mon voyage à Chicago, j'ai été extrêmement étonné de l'audace des Américains, particulièrement de mon maître M. Good. Je l'ai vu mettre sur des dents extrêmement branlantes des bridges qui étaient absolument fixes. Répondant à une remarque que je m'étais permis de lui faire à ce sujet, il me dit simplement : « Mais c'est là une chose que je fais depuis 10 à 12 ans. » Sur mon incrédulité relativement aux résultats obtenus, il a bien voulu me faire venir un nombre de malades qu'il avait traités ainsi et qui me confirmèrent absolument ses affirmations.

Moi-même j'ai essayé, depuis quelques mois, de commencer dans cette voie. A ma très grande surprise, j'ai pu poser des bridges absolument fixes, sur des dents extrêmement branlantes. Le résultat a été parfait à tous points de vue.

Je suis d'avis que la dévitalisation des dents branlantes ne leur nuit en rien, bien au contraire je suis en cela complètement de l'avis de mon maître M. Good. Quant à l'immobilisation des dents, la chose paraît assez méthodiquement faite par M. Good et quelques autres. On commence d'abord par immobiliser les dents par tous les moyens possibles pour le traitement de la pyorrhée, en s'aidant soit de fils de soie, soit de fils métalliques. Une autre méthode consiste à mettre des demi-bandes, suivant la méthode de Case, ou bien des petites plaques munies de pivots et soudées entre elles.

En ce qui concerne les différents stades qui se succèdent dans le

traitement de la pyorrhée, le second est plus important. Il consiste à faire le curettage complet et méthodique de l'alvéole, l'extraction complète des calculs jusqu'à et y compris l'apex.

Ensuite il faut injecter l'acide modificateur non pas pour modifier le reste des calculs, mais pour irriter les tissus, déterminant une certaine leucocytose qui, au bout de quelques semaines, à l'aide de l'iodure de zinc, amène la consolidation presque complète.

Ce n'est qu'en troisième lieu, lorsque l'immobilisation, le curettage et le traitement astringeant n'ont pas donné d'effets, ce n'est qu'en troisième lieu, dis-je, qu'il faut commencer la dévitalisation des dents. C'est la dernière tentative de traitement des dents qu'il faut faire.

Enfin on confectionne l'appareil, sur les dents mobiles s'il le faut, pour la restauration de l'occlusion, comme M. Godon vient de nous le dire. C'est là la suite logique des différentes opérations du traitement que j'ai voulu vous indiquer et que je trouve résumées dans le cas, très intéressant, qui vient de nous être soumis par M. Godon.

M. Geoffroy. — Je demanderai à M. Godon comment il prend l'empreinte des dents chancelantes ?

M. Godon. — Pour cela j'estampe une petite plaque qui immobilise ces dents et me permet de travailler sans gêne de ce chef.

M. Roy. — A l'appui de cette communication, je puis vous citer un cas assez intéressant.

J'avais un malade qui avait une incisive inférieure traumatisée autrefois. La pulpe ne paraissait pas morte, mais la dent était extrêmement ébranlée. Les dents voisines étaient assez solides. La malade avait une cinquantaine d'années. Sa dent était tellement ébranlée que je lui disais en riant : « N'éternuez pas trop fort, parce que votre dent pourrait sauter en dehors de votre bouche. » J'ai voulu néanmoins essayer de conserver cette dent. Je lui ai soigné la pyorrhée d'après la méthode habituelle et à cet égard je signalerai un point.

M. Godon n'a pas parlé tout à l'heure du traitement de la pyorrhée. Il est bien entendu que l'immobilisation de la dent n'empêche pas le traitement de la pyorrhée elle-même. Le traitement doit précéder l'immobilisation. Dans ma pratique l'immobilisation succède au traitement : je complète le traitement par l'immobilisation.

Pour en revenir à mon malade, la dent était donc traitée, je fis des petites bagues avec du platine très mince. J'en ai mis à cette dent et aux deux dents adjacentes qui étaient très solides. J'ai soudé entre elles ces trois bandes et je les ai fixées sur les dents à l'aide de ciment. Il y a deux ans de cela et cette dent qui était extrêmement mobile est maintenant extrêmement solide, et mon malade me dit : « Jamais cette dent depuis que je la connais n'aura été aussi solide qu'elle l'est actuellement. »

C'était un cas absolument désespéré.

M. Villain. — Je voulais simplement citer quelque chose que M. de Nevrézé n'a pas dit tout à l'heure. Il nous a dit avoir vu beaucoup de cas traités par M. Good.

Je puis pour ma part vous signaler un procédé qu'emploient assez couramment nos confrères américains lorsqu'ils manquent de point d'appui postérieur. Ils implantent dans ces cas une racine de porcelaine pour maintenir le bridge et celui-ci se maintient parfaitement. M. Rhein, de New-York, a publié de nombreux travaux sur ce sujet avec planche radiographique, je ne saurais trop vous les recommander.

M. de Nevrézé. — Personnellement, je n'ai pas vu d'implantations de racines de porcelaine. J'ai seulement vu placer dans l'alvéole une racine de porcelaine, la dent était maintenue par un bridge.

M. Blatter. — Ces cas touchent à une des questions les plus intéressantes de la pathologie buccale. On a parlé de l'immobolisation, du traitement local, mais je crois qu'il faudrait considérer également l'état général du malade.

Il faut associer, d'une part, le traitement local, c'est-à-dire la consolidation, mais sans abandonner ni mettre au dernier rang l'amélioration de l'état général du malade.

Il y a là un cas complexe que le dentiste doit observer sans se cantonner uniquement du côté des troubles locaux.

M. Godon. — J'ai été enchanté de voir M. de Nevrézé venir confirmer les travaux que je vous ai montrés sur l'utilité des bridges dans la pyorrhée. Il y a plusieurs années que je vois qu'on s'occupe dans la littérature professionnelle étrangère, américaine surtout, de l'application des bridges pour la pyorrhée alvéolaire. C'est une application intéressante puisque cela étend le champ d'application du bridge qui, à mon avis, reste un excellent appareil de restauration dentaire.

Je suis heureux que nous vulgarisions, que nous répandions ces méthodes qui sont appliquées depuis plusieurs années déjà et que moi-même je l'ai déjà appliquée depuis plusieurs années.

J'estime, je le répète, qu'il est bon de vulgariser l'application de ces bridges qui rendent des services à nos malades. Celui-ci a notamment rendu d'inestimables services à cette malade qui avait une frayeur épouvantable des appareils mobiles. Elle m'a demandé de consulter un certain nombre de nos confrères avant que je ne lui applique un appareil. Je l'ai envoyée chez deux ou trois de nos confrères. Elle m'est revenue, et nous avons procédé à la confection de ce bridge. J'empêche ainsi depuis 10 ans la chute des dents de cette patiente, sans l'obliger à porter des appareils à plaques mobiles, dont elle ne veut pas entendre parler. C'est un service que je lui ai rendu. Vous pouvez tous en rendre de semblables à vos malades.

Je suis très heureux qu'on vienne confirmer cela et que nous vul-

garisions cela de plus en plus, d'autant mieux que ces pauvres bridges ont été attaqués à tort, surtout lorsqu'il s'agit des appareils bien faits. On peut, par contre, toujours attaquer un appareil mal fait, mal combiné et appliqué à tort, mais on peut dire cela de toutes les opérations.

Il y a un autre bridge dont je vous parlerai à une autre occasion, c'est le bridge à selle. Les bridges à selles sont un peu contraires à nos idées du début. Bien établis ils deviennent des instruments très pratiques dont les patients sont très contents.

Je viens de recevoir récemment une lettre désagréable d'une malade qui se plaint amèrement de ne pas avoir un bridge à selle, comme elle en avait un de l'autre côté de sa bouche et dont elle était très contente.

Par ces points, je crois répondre à quelques-unes des observations qui avaient été faites au sujet de ces sortes d'appareils. Je vais y ajouter ceci.

MM. Blatter et Roy, ainsi que quelques-uns de nos collègues, nous disent : mais il faut le traitement. Or, le 30 décembre 1905, c'est-à-dire il y a un an et demi, dans un article de *L'Odontologie*, j'abondais dans ce sens.

Je suis donc tout à fait d'accord avec M. Roy et M. Blatter : l'immobilisation des dents est une des phases du traitement, qui complète ce traitement, mais qui est nécessaire. A mon avis elle doit suivre le traitement antiseptique.

M. Roy. — Il y a en somme deux phases : 1° traitement chirurgical et 2° traitement orthopédique.

M. Godon. — J'espère, dans une autre séance, montrer d'autres observations du même genre, car, sur le chapitre de la pyorrhée alvéolaire, il y a des choses réellement intéressantes au point de vue de l'application des bridges.

Le président.— Je voulais poser une question à M. Godon, au point de vue de la dévitalisation des dents. Cette question revient à chaque instant, aussi bien à propos des brigdes ordinaires qu'à propos des simples couronnes, ou des bridges établis dans un but orthopédique ou thérapeutique comme dans le traitement de la pyorrhée.

Or, on ne nous entretient pas toujours suffisamment de l'opportunité ou non de la dévitalisation des dents plus ou moins atteintes ou tout à fait vivantes. C'est une question qui est encore très controversée en ce moment et si nous discutions de cela ce soir même nous n'arriverions pas à nous entendre tout à fait, car il y a beaucoup de divergences dans les opinions pour et contre.

C'est une question qui pourrait faire l'objet d'un rapport spécial que je demanderais de mettre à l'ordre du jour d'un Congrès. Il est trop tard pour celui de Reims, mais pour celui qui aura lieu l'année prochaine, cela serait certainement intéressant. Le sujet de ce rapport

pourrait être par exemple : « Indications de la nécessité de la dévitalisation des dents dans les applications diverses de couronnes et de bridges employés soit comme restauration seulement, soit comme traitement de la pyorrhée », ou quelque chose dans ce sens.

VIII. — Des obturations par les incrustations d'or. — Inlays creux en or coulé, par M. G. Villain.

M. Villain. — Je vous demanderai toute votre indulgence, car j'avais l'intention de vous présenter ce soir un four, et la communication que je devais faire était basée sur l'emploi de ce four. Un accident étant survenu au dernier moment, je ne pensais pas vous faire ma communication. C'est à l'insistance de M. Touvet-Fanton et à la grande amabilité de M. Platschick, chez qui j'ai été chercher les planches, que je vous montrerai tout à l'heure en vous les expliquant, que vous devrez ce modeste exposé.

Après avoir rapidement tracé l'historique des inlays d'or, M. Villain indique les avantages des inlays comme moyen d'obturation, à savoir : qu'ils peuvent se faire sans fatigue ni pour l'opérateur ni pour le patient ; le finissage si fastidieux et quelquefois douloureux des aurifications au bord cervical surtout est ainsi évité ; la couche de ciment venant s'interposer entre l'inlay et la dentine garantit celle-ci des répercussions thermiques. Enfin l'inlay d'or a cet avantage sur l'inlay de porcelaine que la matrice ne disparaît pas, elle est soudée à l'obturation dont elle fait partie, d'où l'adaptation parfaite aux bords de la cavité.

M. Villain préfère de beaucoup les inlays creux et indique sa méthode pour les confectionner, il les prépare surtout à cause de la grande rétention qu'ils offrent, car il ne considère pas l'inlay comme un moyen d'obturation devant remplacer toutes les aurifications, mais bien comme un obturateur de choix pour les grandes cavités, où il remplace avantageusement l'amalgame, l'aurification, et permet souvent de ne pas couronner une dent, l'inlay creux donnait le maximum de rétention par l'emploi de petits pivots ou crochets introduits dans les canaux radiculaires.

La technique de l'inlay creux est simple :

1° Préparation de la cavité par la méthode Johnson, mais avec des bords taillés en biseau aux dépens de la table externe de l'émail afin que le métal recouvrant cette portion soit facilement brunit au bord et offre ainsi une grande protection au bord de la cavité. Inutile de faire des gradins ou steps, le creux réservé de l'inlay en fera office, la cavité, intérieurement, doit être bien de dépouille, en forme de cuvette. On évite ainsi la grande difficulté des angles pour l'obtention d'une bonne matrice ;

2° Confection de la matrice en platine dur au 25/000 m/m, soit sur un modèle, soit directement à la bouche ;

3° Matrice renforcée — ici M. G. Villain insiste sur ce point qu'il considère capital pour le succès de l'inlay — l'auteur renforce la matrice sur tout le bord interne, à l'aide d'or pur fondu comme de la soudure, obtenant ainsi une matrice suffisamment rigide pour être maniée dans la bouche sans danger de déformation, ayant perdu son élasticité grâce à la couche d'or pur, et suffisamment malléable pour être bruni aux bords de la cavité à l'aide d'un brunissoir rotatif comme Herbst dans sa méthode d'aurification ;

4° La matrice brunie est retirée de la bouche, le fond en est légèrement crevé afin de retenir un corps de plâtre et talc (plâtre 2 parties, talc 1 partie) dilué dans de l'eau dont on garnit la matrice intérieurement, ce corps durcit comme le noyau, qui, l'inlay terminé, laissera le creux désiré, on lui donne la forme et le volume voulu en se guidant sur l'occlusion et le contour ;

5° Le reste de la matrice est comblé de cire à laquelle on donne la forme du contour externe de la dent ;

6° Il ne reste plus qu'à remplacer la cire par de l'or pur ou à 22 carats, ceci se fait par la méthode de couler dite à cire perdue.

M. Villain indique diverses méthodes de couler les inlays, mais il préfère le four spécial de M. Platschick à tout autre moyen.

L'inlay refroidi, il ne reste plus qu'à crever le fond de la matrice, en extraire le corps de plâtre et talc, polir et cimenter en bouche — brunir les bords alors que le ciment est encore liquide.

Discussion.

M. Platschick. — Je prends la parole avec d'autant plus de plaisir que cette communication de M. Villain est pour moi très intéressante. C'est moi d'ailleurs qui ai fait faire ces dessins qui vous ont été montrés, je les ai emportés à Cardiff. J'ai, bien entendu, montré à nos confrères anglais la méthode de M. Villain au point de vue des inlays creux en lui en attribuant la paternité.

Je désire dire quelques mots au sujet de la communication que j'ai faite moi-même ici à la précédente réunion.

A cette séance je vous ai présenté un four, mais comme je l'ai dit alors, c'était sur l'insistance de M. Godon que je vous avais fait cette communication qui n'était pas tout à fait prête. Il est très possible que j'aie oublié quelques détails qui ont cependant de l'importance.

Ainsi il est une chose qui peut paraître bizarre : il ne faut pas couler l'or dans un revêtement froid. Il faut le laisser bien chauffer, le sécher à un certain degré de température. Mais ce revêtement qui est arrivé à 750 ou 800 degrés, vous devez le laisser refroidir à 200 degrés pour pouvoir y couler votre or. C'est seulement à cette con-

dition que vous pouvez faire votre coulée. La pièce que vous obtenez de la sorte ne présente pas ces espèces de trous qu'on trouve quand la terre est trop chauffée. Il ne faut pas trop chauffer le revêtement, parce qu'il se forme parfois entre ce dernier et la feuille d'or ou de platine un espace qui est précisément dû au trop long séchage, ou plutôt à un degré de température trop élevé. Il ne s'agit pas d'arriver à une température donnée, il s'agit d'arriver pendant un espace de temps donné à un degré de température déterminé.

Quand vous verrez le fond de votre matrice rouge, ce n'est pas pour cela que vous pourrez couler votre bloc. Il peut arriver malgré cela que vous trouviez des trous qui sont dus au fait qu'il y a encore quelques résidus de cire.

Je fais toujours des blocs sans évents.

M. le président. — Nous remercions très sincèrement M. Villain de cette communication.

M. Borkowski présente, au nom de M. Joannidès, un porte-empreinte universel avec mécanisme articulé.

La séance est levée à minuit.

G. L.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE REIMS

Programme de la section d'Odontologie.

Les communications orales auront lieu au Lycée (rue de l'Université) et les démonstrations pratiques à l'Ecole de médecine (rue Simon). Une exposition permanente se tiendra également à l'Ecole de médecine.

Jeudi 1er août.

Le matin à 9 h., à l'Hôtel de Ville. — Séance d'ouverture du Congrès.

L'après-midi de 2 à 6 h. au Lycée. — Allocution du président. Nomination du bureau. Rapport : La pulpectomie totale et immédiate, *MM. Barden et Franchette.*

Communications. Prof. *Jacques.* Symptomatologie. Diagnostic et traitement des kystes para-dentaires du maxillaire supérieur.

Dr de Nevrézé. Dévitalisation de la pulpe.

Pincemaille. Le traitement conservateur dans la pulpite.

Dr Roy. L'amputation de la pulpe et ses résultats éloignés dans le traitement du 3e degré.

Touchard. Nouvelle application des anesthésiques locaux pour l'insensibilisation de la dentine et de la pulpe.

Goyheneix. Traitement du 4e degré par le sodium et le potassium.

Brodhurst. Présentation d'un séparateur déposé sous le nom d'Ecarteur.

Dr Roy. L'intervention dans les kystes uniloculaires des maxillaires.

Dr Saurain. Traitement rationnel de la carie du 4e degré.

Mme Marillier. Trois cas de caries multiples à marche extrêmement rapide.

Le soir.— Réception offerte par la municipalité et le Comité local.

Vendredi 2 août.

Le matin de 9 h. à midi, au Lycée. — Rapport : L'érosion chimique, *Dr Frey.*

Communications. *Ducournau.* Un cas de restauration bucco-faciale. (*Présentation du malade.*)

Lee. Double anomalie de nombre et de position chez le même sujet.

Delair. Prothèse métallique du crâne. Temporal. Appareil extenseur des cicatrices du voile du palais à la suite de staphylloraphie. Larynx artificiel perfectionné.

Martinier. Prothèse para-dentaire. Appareil de prothèse destiné à remédier, au double point de vue esthétique et fonctionnel, à un prognathisme exagéré et irréductible du maxillaire inférieur.

Clinique de prothèse. Appareils de prothèse dentaire combinés d'après les indications fournies par certaines manifestations diathésiques de la cavité buccale.

L'après-midi de 2 à 6 h., au Lycée. — Rapport : L'expansion en orthodontie, *M. G. Villain.*

Communications. Dr *Frey* et *Philippoteaux.* Quelques considérations sur les redressements.

Francis Jean. Expansion des arcades dentaires et des maxillaires par les appareils amovibles.

Martinier. Orthodontie. Redressement vertical et parallèle de deux canines *(suite de la communication faite au Congrès de Lyon,* 1906*).*

Redressement tardif. Avantages des appareils à plaque pour la correction des irrégularités.

Prognathisme du maxillaire supérieur. Série de cas traités avec l'appareil de l'auteur.

Dr *Godon.* Considérations sur le traitement des irrégularités des dents. Quelques observations de redressement par l'expansion des arcades dentaires.

Dr *de Nevrézé.* Orthopédie faciale. Traitement des malformations dento-faciales.

Machtou. Appareil pour l'expansion des arcades dentaires.

Dr *Didsbury.* Le traitement de l'Onycophagie par les appareils de prothèse dentaire.

Samedi 3 août.

Le matin de 9 h. à midi, à l'Ecole de médecine. — Démonstrations pratiques et présentations.

Dr *Frey.* Résections apicales.

Geoffroy. Procédés d'estampage avec métal fusible à basse température.

Goyheneix. Traitement du 4e degré par le sodium et le potassium.

G. Villain. Bridges physiologiques.

Dr *Prud'homme.* Démonstration d'anesthésie par le chlorure d'éthyle par les masques à vessie (*Camus et Robinson*).

Décolland. De l'anesthésie à distance et à petites doses. Présentation et démonstration d'un appareil permettant d'obtenir la narcose d'après ce principe.

Cramer. Présentation d'une presse à emboutir, avec démonstration pratique.

Franchette. Les travaux pratiques des élèves de 1re année. Enseignement à l'Ecole odontotechnique.

Blatter. Les travaux pratiques des élèves de 1re année. Enseignement à l'Ecole dentaire de Paris.

G. Villain et *C. Bouillant*. Enseignement de la Prothèse au Laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris.

Dr Amoëdo. Technique des articulateurs anatomiques. L'or quadrillé pour les faces triturantes des couronnes en or et bridges.

Rubbrecht. L'Orthodontie.

Dr Pont. Démonstrations cliniques de l'utilité de l'indice dentaire.

L'après-midi. — Visites scientifiques et industrielles. Excursions à Verzenay et à Epernay.

Dimanche 4 août.

Excursion générale à Laon et à Coucy-le-Château.

Lundi 5 août.

Le matin de 9 h. à midi, à l'Ecole de médecine. — Démonstrations pratiques et présentations.

G. Villain et *Lepelletier*. Inlays en or creux.

Décolland. Présentation d'une pince porte-seringue à injections.

Prud'homme. Four à inlays en or de Roussel.

Etchepareborda. Présentation d'un stérilisateur.

Frey. Extraction à la gouge et au maillet.

Prud'homme. Les indications de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale.

Friteau. Anesthésie mixte, chlorure d'éthyle et chloroforme.

Borkowsky. Présentation d'un porte-empreinte universel.

G. Lalement. Moyens préventifs contre les fractures des prémolaires supérieures.

Franchette. Une fraise à fretter.

La clef et le davier (Etude comparative).

Smadja. Coiffes en or coulées partiellement.

Geoffroy. Parallélisme pour pivots, bridges.

L'après-midi de 2 h. à 6 h., au Lycée. — Communications orales.

Prof. Cavalié. Le collet des dents (collet anatomique et collet apparent ou clinique).

Les polypes de la pulpe dentaire. Le mécanisme d'expulsion des amalgames (action des dentines condensantes). — En collaboration avec le Dr Houpert.

Choquet. Etude comparative des dents humaines dans les différentes races.

Contenau. Présentation d'une dent pathologique d'hippopotame.
Dr *Prud'homme*. Les accidents d'évolution de la dent de 6 ans.
Sauvez. A propos des accidents de dent de sagesse.
Touchard. Présentation d'un odontome adamatin.
Dr *Theuveny*. L'état histologique des follicules dentaires chez les embryons, fœtus et nouveau-nés, dans les cas d'infection conceptionnelle (Syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc.).
Rosenfeld. Des extractions compliquées.
Dr *Audy* et *André*. Combinaison hyperanesthésique de la cocaïne.
Le soir. — Conférence.

Mardi 6 août.

Le matin de 9 heures à midi. — Communications orales et présentations.
Delair. Deux cas de prothèse restauratrice du maxillaire supérieur.
Deux cas de prothèse bucco-faciale à la suite de coups de feu.
Appareil nouveau de prothèse vélo-palatine pour enfant.
Appareil extenseur après hémirésection du maxillaire inférieur.
G. Villain. Des bridges physiologiques (Etude comparée de bridges fixes, amovibles, physiologiques).
Touvet-Fanton. De l'utilité, pour la conservation des racines, de leur coiffage avec frettes ou bagues.
Friteau. Des fours et pyromètres.
Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle (*masque Robinson*).
Stérilisation des instruments dentaires. Tours de main et petits appareils.
Contenau. Présentation d'un ancien injecteur à caoutchouc.
Quintin. De l'utilité de l'institution d'un cours de déontologie dans les écoles dentaires.
L'après-midi de 2 heures à 6 heures. — Communications orales et séance de clôture.
Communications. *Villain*. Des obturations par les inlays d'or (Inlays d'or creux).
André. Le diabète — (Observations tendant à démontrer son origine dentaire par auto-intoxication).
Ducournau. L'or adhésif et son manque d'adhérence. Quels sont les moyens pratiques de le rendre adhérent sans détruire ses autres propriétés ?
Touchard. Anesthésie générale : chlorure d'éthyle (sans masque).
Machtou. Anesthésie locale par les courants électriques.
Eudlitz. De la nécessité des dentistes militaires.
Heïdé. L'érosion.
Robin. Sujet réservé.
Hermann. Sujet réservé.

Fauret. Sujet réservé.

Le programme détaillé sera très prochainement adressé à tous les membres du Congrès.

Avis important.

1° Le Comité d'organisation, en raison de l'importance du programme du Congrès, se réserve le droit de dédoubler les séances ;

2° Les communications des auteurs absents au moment de l'appel de leur nom seront faites à la suite des autres communications dans la même séance ;

3° Les communications dont le titre n'aura pas été donné pour être classé seront faites le mardi 6 après-midi ;

4° Les communications ou mémoires déposés dont les auteurs seront absents du Congrès seront lus à la fin de la session, si le temps le permet.

Tout membre de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences a le droit de prendre part aux travaux de toute section. En conséquence, par égard pour ceux de nos confrères qui, tout en restant membres de l'A. F. A. S., ne voudraient pas prendre part aux travaux de la section d'Odontologie, nous ne pouvons publier dans la liste des adhérents au Congrès de Reims que le nom de ceux qui ont répondu affirmativement à l'appel que nous avons adressé le 15 mars 1907.

Pour le Comité d'organisation,

Le président de la section d'Odontologie,

Francis Jean.

*
* *

Nous apprenons, au dernier moment, que le nombre des adhérents au Congrès de Reims atteint presque 200 et que l'on compte, dès maintenant plus de 120 communications, démonstrations et présentations.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Nous recevons de M. Francis Jean, président de la F. D. N., le programme ci-après :

Assemblée annuelle du Conseil exécutif et des Commissions les 8 et 9 août 1907.

à AMSTERDAM (Hollande)

PROGRAMME PROVISOIRE

Jeudi 8 août 1907, à 9 heures du matin.

SÉANCE D'OUVERTURE

1. Discours des délégués des différents pays.
2. Rapport présidentiel.

PREMIÈRE SÉANCE DU CONSEIL EXÉCUTIF

ORDRE DU JOUR :

1. Rapport du Secrétaire général.
2. Nomination de vérificateurs des comptes.
3. Rapport du Trésorier.
4. Election de membres des diverses commissions (sur la proposition des Comités nationaux).
5. Projet de modification des statuts de la F. D. I. présenté par le bureau.
6. Invitation adressée à la F. D. I. par la « National Dental Association » des Etats-Unis à tenir sa séance annuelle en 1908 en Amérique.
7. Eventuellement, votation sur les candidatures de Sociétés dentaires désirant adhérer à la F. D. I.
8. Mesures à prendre pour assurer l'admission des dentistes comme membres des Congrès Internationaux de médecine.
9. Organisation du prochain Congrès International Dentaire en 1909 à Berlin. Election d'un représentant de la F. D. I. dans le Comité d'organisation, en remplacement de M. F. Hesse, décédé.

Jeudi 8 août, à 2 h. après-midi et vendredi 9 août, à 9 h. du matin.

RÉUNION DES DIVERSES COMMISSIONS INTERNATIONALES

Commission d'enseignement.

Président : M. Truman W. Brophy (de Chicago).

1. Présentation du programme d'études dentaires recommandé par la F. D. I.

2. Rapport de la Commission chargée de soumettre au Conseil exécutif un programme minimum et un programme idéal d'études dentaires destinés à servir de base pour l'établissement du plan des études dans les écoles des divers pays (MM. Brophy, Godon, Wm. Guy, Kirk et Roy).
3. Rapport de la Commission chargée d'étudier les moyens de créer une Commission consultative internationale (International Advisory Board), chargée d'étudier les programmes des écoles dentaires des divers pays et la valeur des diplômes qu'elles délivrent (MM. Wm. Guy, Kirk et Roy).
4. Propositions de M. Guillermin (de Genève). 1. Les candidats à l'admission dans les écoles dentaires devront être porteurs d'un diplôme de maturité comportant au moins la connaissance de la langue latine. 2. Création dans tous les pays d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

Commission d'hygiène et des services dentaires publics.

Président : M. L. C. Bryan (de Bâle).

1. Rapports présentés par les membres sur les progrès de l'hygiène dentaire dans les divers pays.
2. Présentation du projet de manuel d'hygiène dentaire de la F. D. I.
3. Discussion sur les conclusions du rapport présenté à Hanovre par M. F. Schaeffer-Stuckert (de Francfort s/M.).

Commission d'histoire de l'art dentaire.

Président : M. Ch. Mac Manus (de Hartford, Conn.).

Commission de la Presse.

Président : M. A. W. Harlan (de New-York).

1. Démission du rédacteur du Bulletin.
2. Nomination d'un autre rédateur et organisation du Bulletin.

Commission des services dentaires dans les armées et les marines.

Président : M. Williams Donnally (Washington D. C.)

Election du bureau de la Commission.

Commission de terminologie dentaire.

Président : M. J. Grevers (d'Amsterdam).

Election du bureau de la Commission.

Commission de jurisprudence dentaire et de déontologie.

Président : M. Wm. Carr (de New-York).

1. Rapport des trois sous-commissions nommées à Genève et chargées de faire des rappors :

a) Sur l'établissement d'un Code international de déontologie (MM. Aguilar, Chiavaro et Roussel).

b) Sur les meilleurs moyens de combattre l'exercice illégal de l'art dentaire (MM. de Boer, Du Bouchet et Guérini).

c) Sur la compilation d'un Code des lois régissant l'exercice de l'art dentaire dans les divers pays (MM. Aguilar, Carr et W. Paterson).

Jeudi soir.

BANQUET DE LA F. D. I.

Prix de la carte : 3 florins (vin non compris).

Vendredi 9 août, à 2 heures après-midi.

DEUXIÈME SÉANCE DU CONSEIL EXÉCUTIF

ORDRE DU JOUR :

1. Rapport des vérificateurs des comptes.
2. Adoption du rapport du Trésorier.
3. Rapports des diverses Commissions internationales.
4. Désignation du siège de la prochaine assemblée.
5. Propositions individuelles.
6. Discussion sur la motion de M. Guerini (de Naples), présentée à la session de Genève et renvoyée pour étude au Conseil exécutif, ainsi que sur l'amendement de M. Guillermin (de Genève).

Le Secrétaire général : EDW. C. KIRK.

Le Président : W. D. MILLER.

Les membres sont priés de présenter des rapports.

Les séances auront lieu dans les bâtiments universitaires obligeamment concédés à la F. D. I. par la municipalité d'Amsterdam.

La session sera précédée, pour les membres qui seront déjà rendus à Amsterdam avant le 8 août, de deux réunions, l'une le mardi soir, 6 août, à huit heures et demie (le local sera indiqué ultérieurement) et l'autre le mercredi soir, 7 août, au jardin Zoologique.

La session sera suivie d'excursions dans les environs d'Amsterdam et organisées par les soins obligeants des membres hollandais.

Les membres qui désirent prendre part au Banquet du jeudi soir sont priés de s'inscrire à l'avance auprès de M. le Dr M. de Boer (542 Keizersgracht, Amsterdam) qui se met également à la disposition de ses collègues pour retenir des chambres dans les hôtels.

Hôtels recommandés.

AMSTEL HOTEL (Chambres à partir de 4 florins).
DOELEN HOTEL
HOTEL DE L'EUROPE
HOTEL DES PAYS-BAS (Chambres à partir de 3 florins).

Ces trois derniers hôtels sont situés à proximité de l'Université.

NÉCROLOGIE

Dr Aubeau.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du Dr Aubeau, directeur de la clinique générale de chirurgie, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, survenue subitement le 11 juillet 1907, dans sa 56e année.

Le Dr Aubeau avait fait partie du corps enseignant de l'Ecole à sa création et lui était resté attaché pendant plusieurs années; il avait reçu la médaille d'or des professeurs en 1892. Un grand nombre de nos confrères ont reçu son excellent enseignement.

L'Ecole était représentée à ses obsèques, qui ont eu lieu le 15, par MM. Godon, directeur, Viau, Heïdé père et fils, Meng, par plusieurs membres de la Société et par plusieurs élèves; M. Strauss, sénateur, y assistait également.

Nous adressons à Mme Aubeau, sa veuve, et à toute sa famille, nos très sincères condoléances.

Nous apprenons le décès de M. Prevel, gendre de notre confrère M. Ronnet, survenu dans toute la force de l'âge.

Nous exprimons à sa jeune veuve, à M. Ronnet et à sa famille, nos bien vives condoléances.

NOUVELLES

Manifestation de sympathie.

Une manifestation de sympathie, à l'occasion de la création de la chaire de chimie biologique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en faveur de M. le professeur Grimbert, premier titulaire de la chaire, a été organisée par les élèves, les amis et les admirateurs de M. Grimbert.

Elle comprenait la remise solennelle d'un objet d'art comportant une dédicace.

La remise de cet objet d'art, *La Sirène*, de Puech, a eu lieu le jeudi 11 juillet, à 9 heures du soir, salle du Musée de l'hôpital Cochin-Annexe, 111, boulevard du Port-Royal, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Guignard, directeur de l'Ecole de pharmacie, membre de l'Institut, officier de la Légion d'honneur.

L'Ecole dentaire était représentée par MM. Godon, Blatter, Choquet et Pélissier.

Nouveaux D. D. S.

MM. Audry, Charles Jean, R. Lemière, Tacail, Tubiana, H. Villain, D. E.D.P. et D. F. M. P., viennent d'obtenir le diplôme de D.D.S. de l'Université de Pensylvanie.

Nous leur adressons à tous nos vives félicitations.

27e ANNÉE. Nos 15-16 15-30 AOUT 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

AUX LECTEURS

Cette année, comme de coutume, le mois d'août a été marqué par d'importantes réunions professionnelles. A Reims, s'est tenu le Congrès annuel des odontologistes, la réunion de la Section d'Odontologie *de l'*Association française pour l'Avancement des Sciences; *à Bordeaux, s'est réuni le Congrès dentaire organisé par les sociétés du sud-ouest ; à Amsterdam avait lieu la septième session de la* Fédération dentaire internationale; *enfin, cette année, venait s'ajouter à ces réunions le premier* Congrès de stomatologie *organisé par la* Société de stomatologie de Paris.

On verra plus loin ce qu'ont été ces diverses réunions, car, fidèle à son programme de tenir ses lecteurs le plus rapidement possible au courant des travaux de toutes les réunions scientifiques, L'Odontologie *avait des représentants dans ces diverses assemblées dont nous publions, dès aujourd'hui, le* **compte rendu complet.**

Toutefois, par suite de l'importance exceptionnelle de ces réunions et en vue de rassembler dans un seul fascicule ces divers comptes rendus que leur étendue ne nous permettait pas de publier dans un seul, nous avons pensé qu'il serait préférable de réunir les deux numéros du 15 et du 30 août en un seul Numéro, des Congrès, *qui donnerait ainsi le compte rendu de ces quatre réunions, en même temps que quelques-uns des travaux qui y ont été présentés.*

Nous continuerons dans les numéros suivants la publication de ceux-ci, mais nos lecteurs en ont, dès aujourd'hui, un résumé succinct.

La rédaction de L'Odontologie *espère que les lecteurs de ce journal apprécieront les sacrifices qu'il s'impose et l'activité que déploient ses collaborateurs pour les renseigner d'une façon aussi complète et aussi prompte.*

Le Comité de rédaction a décidé de faire un important tirage supplémentaire de ce numéro exceptionnel et de l'adresser à tous les membres de la profession, abonnés ou non. Nous sollicitons le concours de tous les professionnels et nous espérons que ceux qui ne comptent pas encore au nombre de nos abonnés comprendront l'utilité de ce journal, le plus important des journaux dentaires de langue française qui, grâce au puissant groupement sur lequel il s'appuie et grâce au dévouement de ses collaborateurs, permet à ses lecteurs de se tenir au courant de tous les travaux scientifiques intéressants. A une époque où il convient d'unir de plus en plus toutes les forces des Odontologistes, ceux-ci tiendront à honneur de donner leur appui à un journal qui, depuis plus de 25 ans, lutte contre les stomatologistes pour la défense de l'autonomie de l'art dentaire et les droits des dentistes et dont la devise a toujours été Union-Progrès *pour la science odontologique.*

L'ODONTOLOGIE

P.-S. — Notre sympathique secrétaire de la rédaction, M. Henri Dreyfus, qui nous avait représenté au Congrès de Bordeaux et au Congrès de Stomatologie et qui était chargé d'assurer la mise en page et la correction de cet important numéro, est tombé gravement malade. Cette triste circonstance, qui nous a profondément peiné, a entraîné dans l'apparition de ce numéro, à cette époque de vacances, un retard dont nous nous excusons auprès de nos lecteurs.

N. D. L. R.





W. D. MILLER

Alexandria Ohio
July 19th 07

My dear Gordon

I am suffering much from an attack of appendicitis which excludes the possibility of my going to Amsterdam. I have done all I could to get the meeting in shape. Please write Guye that I have sent these papers to you, writing is very difficult for me

Yours cordially

W D Miller

LE PROFESSEUR MILLER

La science — en particulier la science odontologique — vient de faire une perte immense : le professeur Miller est mort. Il est mort en pleine vie, dans la plénitude de ses moyens, à 54 ans, emporté brusquement par une crise d'appendicite que rien ne faisait prévoir, à Ann Arbor (Michigan, États-Unis).

Le rôle joué par le professeur Miller est trop considérable, ses travaux sont trop nombreux, sa personnalité trop haute pour que, dans ces quelques lignes écrites précipitamment sous l'impression de la profonde émotion et de l'étonnement que nous cause sa perte, nous puissions faire connaître en détail à nos lecteurs ce qu'a été et ce qu'a fait ce grand savant. Nous ne saurions toutefois, en attendant que sa biographie complète soit écrite et que la liste de ses recherches et de ses contributions soit dressée en entier, manquer de payer un tribut de reconnaissance à l'homme qui a tant fait pour l'art dentaire et qui a élevé l'Odontologie au niveau d'une véritable spécialité scientifique et de saluer en lui un de ceux qui lui ont fait réaliser les plus grands progrès dans ce siècle.

Willoughby D. Miller était né le 1er août 1853 à Alexandria, dans le comté de Licking, État d'Ohio (États-Unis). Il passa les douze premières années de sa vie dans une ferme et c'est à cette circonstance qu'il dut sa grande puissance physique de travail.

En 1865, il suivit sa famille à Newark, où elle s'établit et, en 1871, il était diplômé de l'École supérieure de cette ville. Il entra alors à l'Université de Michigan, à Ann Arbor, et fut reçu bachelier en 1875. A l'automne de cette année il se rendit à Edimbourg où il

suivit des cours de chimie, d'histoire naturelle et de mathématiques appliquées. De là il partit pour Berlin, où il continua ses études, car il projetait d'être ingénieur des mines. En 1877 il tomba malade par suite de surmenage et fut obligé de suspendre ses études pendant quelque temps.

Pendant sa convalescence il fit la connaissance de F. P. Abbott, établi alors dentiste à Berlin, qui lui exposa un grand nombre de problèmes professionnels, dont l'un était notamment l'action de l'étain sur l'or et réciproquement quand ils sont combinés dans l'obturation d'une dent.

Pour épouser la fille d'Abbott, il renonça à la carrière qu'il voulait embrasser et entra chez ce dernier comme étudiant. De cette union naquirent deux enfants : un fils et une fille.

A l'automne de 1877, Miller retourna en Amérique, suivit les cours de première année à l'École dentaire de Pensylvanie et fut diplômé à la section dentaire de l'Université de Pensylvanie en 1879. Il retourna aussitôt à Berlin, s'associa avec Abbott et continua en même temps ses études en médecine, tout en suivant les cours de bactériologie de Koch.

Il fit sa première communication à la Société dentaire américaine d'Europe, à Wiesbaden, en 1881, sur la chimie de la carie dentaire. C'est vers cette époque qu'il commença la série d'observations et de recherches qui l'ont rendu justement célèbre, notamment sur la carie, l'érosion, etc.

Ses écrits ne tardèrent pas à attirer l'attention du monde savant. Connaissant trois langues : l'anglais l'allemand et le français, il publiait alternativement dans les deux premières et exceptionnellement dans la dernière, les résultats de ses travaux dans le Dental Cosmos, *dans divers journaux allemands et quelquefois*

dans L'Odontologie, *qui avait l'honneur de le compter parmi ses principaux collaborateurs.*

En 1884 il fut pressé d'accepter le titre de professeur au nouvel Institut dentaire de l'Université royale *de Berlin par le Gouvernement allemand. Peu après il recevait de l'*Université de Michigan *le titre de docteur honoraire en philosophie.*

Pendant ce temps il poursuivait ses études médicales et en 1887 il passait le dernier examen avec éloges.

*En 1894 il fut nommé professeur extraordinaire de médecine par l'*Université de Berlin, *et le 18 juin 1902 docteur ès sciences honoraire par l'*Université de Pensylvanie.

Entre temps il était devenu président de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands, *poste qu'il occupa longtemps.*

En 1905 il était élu président de la Fédération dentaire internationale *et ce fut lui qui dirigea la session de 1905 à Hanovre et celle de 1906 à Genève.*

Toutefois le désir de retourner dans son pays natal le hantait et, en juillet 1906, il acceptait le poste de doyen de l'École dentaire de l'Université de Michigan, qu'il remplissait depuis le 1er janvier 1907, à Ann Arbor. C'est là que la mort l'a frappé.

Tous nos confrères ont encore présent à l'esprit la communication qu'il fit le 20 novembre 1906 à la Société d'Odontologie de Paris *sur les causes de l'érosion ou abrasion chimique des dents.*

Plus récemment, Miller nous adressa, en qualité de président de la F. D. I. la protestation de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands *contre l'exclusion des dentistes du Congrès de Budapest, et, il y a quelques jours à peine, il nous écrivait d'Ann Arbor pour remercier la* Société d'Odontologie de Paris *d'avoir voté la même protestation.*

Cette grande voix, qui s'est fait entendre pendant un quart de siècle, toutes les fois qu'il s'est agi des intérêts scientifiques ou moraux de la profession dentaire, s'est tu à jamais. Comme tant d'hommes de grande valeur, aptes à rendre de longs services à une cause, Miller s'est éteint prématurément. Ceux qui l'ont connu personnellement conserveront le souvenir impérissable de son aménité et tous les dentistes se souviendront éternellement de ce qu'il a fait pour la science odontologique ; c'est le plus grand champion de cette science qui disparaît : honneur et gloire à lui.

CHARLES GODON.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'EDUCATION PROFESSIONNELLE DU DENTISTE

Discours d'ouverture à la session d'Amsterdam de la F. D. I.

Par M. le professeur W. D. Miller.

*Messieurs les membres du Conseil exécutif
et des Commissions de la Fédération dentaire internationale,*

Je vous demande la permission de vous présenter mes excuses et mes sincères regrets de l'impossibilité où je suis d'assister à cette réunion. Mon changement de domicile, transféré d'Allemagne en Amérique, après un séjour de 28 ans dans le premier de ces pays, a été une opération très difficile et très absorbante et mon travail d'installation n'est pas encore terminé. Je pense que vous reconnaîtrez avec moi que dans ces conditions un voyage en Europe pour le moment est presque impossible.

Je désire appeler votre attention sur une question qui, pour l'instant, touche la F. D. I. plus que tout autre : l'éducation du dentiste.

La question de l'enseignement qu'un individu doit recevoir pour se préparer le mieux à l'accomplissement de ses devoirs envers l'Etat et ses concitoyens et pour sortir victorieux de la lutte pour la vie, est une question qui intéresse tout le monde, parce qu'elle est de la plus grande importance et nous voyons aisément pourquoi elle a été en discussion dans les générations passées et continuera sans doute à l'être encore dans les générations à venir.

Je ne doute pas un instant que nous ne soyons tous d'accord pour reconnaître que celui qui trouve son gagne-pain dans l'exercice d'une profession humanitaire doit recevoir un enseignement qui, non seulement le mette à même de tirer le meilleur parti possible de cette profession, mais qui lui donne une conception bien nette de l'importance du fait qu'il doit avant tout remplir son devoir vis-à-vis de ceux qui se confient à ses soins, ce qui lui interdit d'envisager son art au point de vue mercantile du commerçant.

Certes il n'est que juste qu'un homme, engagé dans l'exercice d'une profession qui impose tant de fatigue au corps et à l'esprit que celle de dentiste, reçoive une rémunération lui permettant de passer sa vieillesse sans préoccupations d'argent ; mais estimer le patient d'après le nombre de pièces de vingt francs qu'on aperçoit dans sa bouche et compter un prix exorbitant pour une opération simple uniquement, parce que le patient est à même de le payer, c'est là une pratique qui ne saurait être trop sévèrement condamnée.

A présent la question de l'instruction du dentiste peut être considérée comme brûlante et nous pouvons nous attendre à ce qu'elle soit l'objet de fréquentes discussions dans nos réunions dentaires et dans nos journaux. Espérons que la discussion aura lieu dans un esprit de confraternité, dans le but unique de profiter à notre profession et à ceux qui la servent.

En ce qui concerne l'instruction préliminaire à demander au dentiste, je suis convaincu que j'exprime l'opinion de la grande majorité des éducateurs dentaires si j'affirme qu'il n'y a pas de raison plausible pour que cette partie de son instruction soit, sur un seul point, moins complète et moins étendue que celle du praticien qui fait de la médecine générale ou une de ses spécialités.

Le dentiste sera notablement entravé dans ses études professionnelles si son instruction préliminaire est défectueuse. Bien plus un homme, dont la profession est à la fois scientifique et humanitaire et le met en contact avec toutes catégories de la Société, doit être instruit afin de maintenir sa dignité et celle de cette profession. Il doit aussi être préparé à penser et à agir intelligemment dans tous les problèmes sociaux et politiques et dans toutes les questions d'enseignement du jour.

C'est l'opinion formulée par la F. D. I. dans sa session de Stockholm et c'est l'opinion exprimée par une si grande majorité de dentistes que toute discussion nouvelle sur ce point semble inutile.

Il est certainement préjudiciable aux intérêts de notre profession et à ceux des membres qui la composent que d'apposer une marque d'infériorité sur l'étudiant en dentisterie tout au début de sa vie professionnelle en lui demandant une instruction générale complète moindre que celle qu'on demande à l'étudiant en médecine.

La différence principale d'opinion concerne l'instruction médicale générale et l'instruction chirurgicale du dentiste, et là le monde dentaire est divisé en deux parties dont l'un n'a jamais pu convertir ou convaincre l'autre. Elle est entrée récemment dans une phase nouvelle et plus aiguë à cause de la façon d'agir des stomatologistes, praticiens qui possèdent un degré médical et qui exercent la dentisterie avec ou sans titre dentaire. Ils se séparent actuellement partout du corps des dentistes en formant des Sociétés nationales et internationales dans lesquelles les dentistes sans titre médical ne sont pas admis, en employant leur influence à obtenir le vote de loi exigeant des études médicales complètes pour tous ceux qui veulent exercer l'art dentaire. Influencées par des considérations de ce genre, le comité du Congrès médical international de Lisbonne en 1906 n'a admis que des stomatologistes, dans la section dentaire (ou stomatologique) et la même mesure a été prise par le 16e Congrès médical international qui se tiendra à Budapest en 1909. Nous voyons

ainsi notre profession ébarbée en quelque sorte et dépouillée, plutôt sans façon, du privilège qui lui a été accordé jusqu'ici. Notre profession pour le moment a été en apparence renversée de son siège par les stomatologistes. Il devient donc absolument nécessaire pour nous de prendre connaissance de ce fait et de décider les mesures à adopter pour contrecarrer son influence.

En même temps, il est nécessaire, qu'après une étude minutieuse et approfondie de la question, nous aboutissons à une décision définitive sinon finale sur le point de savoir si l'intérêt de notre profession et de ceux qui l'exercent exige que nous accédions à la demande des stomatologistes. Devons-nous ou ne devons-nous pas exiger une instruction médicale complète du futur dentiste ?

La mesure du comité d'organisation du Congrès de Budapest ne me semble ni sage ni libérale, et en tant qu'elle a été inspirée par l'avis des stomatologistes, elle paraît respirer l'ingratitude. Nous ne devons pas oublier, en effet, que la science dentaire, qui, dans son application pratique en particulier, est parvenue à un degré de perfection que n'ont pas encore atteint beaucoup de spécialités médicales plus anciennes, est l'œuvre du dentiste et non du stomatologiste et que le stomatologiste est redevable au dentiste de toute la connaissance de la pratique de la dentisterie qu'il peut posséder. Et quand nous rappelons que la dentisterie a fait des progrès rapides dans toutes les parties du monde aussi bien quant à l'instruction préliminaire que quant à l'instruction médicale et dentaire, de sorte que dans bien des pays la première est maintenant la même pour les étudiants en dentisterie que pour les étudiants en médecine, la question se pose de savoir s'il n'aurait pas mieux valu pour le stomatologiste de s'unir au dentiste au lieu d'adopter à son égard une politique d'exclusion ; ils pourraient ainsi servir les intérêts de la profession dentaire tout en en profitant eux-mêmes par leurs rapports communs. Depuis il semble que deux groupes d'hommes exerçant la même profession et cherchant seulement l'avancement de la profession devraient pouvoir arriver à régler les questions discutées d'une façon profitable aux deux partis. Tout l'objet du débat se résume dans les deux questions suivantes : « Devons-nous admettre la demande des stomatologistes que le dentiste de l'avenir ait un degré médical complet ou devons-nous suivre l'ancien système qui a jusqu'à présent été si heureux ? »

Comme base de discussion je formule les propositions suivantes :

1° *La science dentaire existe non pour le dentiste, mais pour le public et l'avancement le plus légitime de la profession dentaire est celui qui le rend plus propre à satisfaire les besoins du public. Un homme est classé par rapport à sa vie professionnelle suivant la dignité*

de sa profession et son talent à réaliser l'idéal le plus élevé de cette profession.

Cette proposition peut être considérée comme un postulat ; elle est si évidente par elle-même qu'elle n'a pas besoin d'être soutenue et je ne pense pas qu'il y ait personne qui la combatte. L'existence de maladies des dents et la possibilité de les guérir et de rendre ces organes à la santé est la seule raison de l'existence du dentiste.

Les déductions à tirer de ce postulat ont la plus grande importance et demandent une attention très soutenue. On a dit et écrit beaucoup touchant les rapports du dentiste avec la société et avec la profession médicale et touchant l'avantage ou même la nécessité d'améliorer ces relations. Tout cela est fort bien, mais ce serait une grande erreur si, avec le désir d'atteindre ce but, il était pris des mesures qui limitent l'utilité de dentiste dans son genre particulier d'action. Quelque désirable que cela puisse être, demander au dentiste une instruction médicale complète par exemple, pour la seule raison que cela le rendrait l'égal du médecin, serait une mesure rétrograde, si le temps qu'il doit consacrer aux études dentaires spéciales était réduit et si son habileté en était amoindrie. Il n'est pas besoin de se tourmenter à propos de la position que le dentiste de l'avenir doit occuper dans la société. *Avec la même instruction générale que celle qui est exigée de l'étudiant en médecine et avec un enseignement complet des branches fondamentales de la médecine et de sa propre spécialité, s'il n'occupe pas une position enviable dans la société, ce sera par sa propre faute.*

Ces conditions remplies, toutes les classes de la population reconnaîtront le dentiste exactement dans la mesure où l'importance de sa profession comme une branche de l'art de guérir est reconnue. Cette reconnaissance s'est rapidement accrue pendant les vingt dernières années et s'accroît encore rapidement, et beaucoup de dentistes occupent actuellement une situation que doivent envier les médecins ; c'est là un fait qui est patent pour nous tous et qui est établi et incontestable.

2° *Le développement idéal de la profession dentaire est celui grâce auquel il est mis à même de rendre le plus de services au plus grand nombre de gens et toute prolongation inutile de la durée de ses études demeure sans profit pour le dentiste, ou pour le patient, ou pour tous les deux.*

Cette proposition sera aussi aisément acceptée que la première et je doute que personne conteste l'idée qui y est contenue. Nous devons être préparés toutefois à admettre les conséquences qui découlent de son acceptation.

C'est un fait notoire que les opérations dentaires sont souvent non seulement très pénibles pour l'opérateur et pour le patient, mais

aussi qu'elles exigent beaucoup de temps. L'insertion d'une aurification ou même d'un amalgame sur la face proximale d'une dent, comprenant bien entendu la préparation de la cavité et le polissage, exige plus de temps que l'amputation d'une jambe et souvent plus qu'une laparatomie et, quand il s'agit de traiter les canaux radiculaires des molaires, le temps employé peut être plusieurs fois plus grand que celui qu'exige l'opération chirurgicale la plus importante pour la vie du patient. Il en résulte que le traitement des molaires malades est un luxe que ne peuvent s'offrir que très peu de gens — peut-être une personne sur mille — et la profession dentaire doit avoir pour un de ses buts les plus élevés de mettre ses services à la portée des millions d'individus souffrant des dents et qui actuellement sont privés totalement de soins.

Il s'ensuit que c'est une considération très importante de ne pas étendre *sans nécessité* le temps exigé pour préparer un homme à la pratique de la dentisterie puisqu'il doit être admis par tous que plus on dépense de temps et d'argent pour se préparer à l'exercice d'une profession, moins les services de cette profession seront à la portée des classes pauvres ou plus le bien-être matériel du praticien lui-même en souffrira. C'est ce dernier effet qui s'est produit en Allemagne où, malgré qu'il soit presque impossible de se préparer à l'exercice d'une spécialité médicale, en moins de huit ans, la rémunération fixée par la loi pour les soins médicaux est extrêmement légère et hors de proportion avec le sacrifice de temps, de travail et d'argent que comporte l'instruction médicale.

Il en résulte que, pendant des années, il a existé un état de choses déplorable touchant le bien-être matériel du médecin, ce qui a amené un mécontentement général et a eu une action fâcheuse sur la situation que la profession occupe dans l'estime publique.

3° *La première et la principale fonction du dentiste consiste à soigner les dents et c'est dans la mesure où il peut le faire avec succès qu'il peut empêcher les maladies des régions voisines et contribuer matériellement à préserver la santé et la vigueur de tout le corps.*

Je crois que cette proposition comme les précédentes rencontrera l'approbation de la grande majorité des dentistes et je crois aussi qu'il est bon qu'elle soit soumise à la profession sous cette forme définitive. Il en est, parmi les stomatologistes qui attachent tant d'importance à ce que nous pouvons appeler le côté purement médical de la dentisterie, qu'ils estiment que les opérations les plus mécaniques de la préparation d'une cavité et l'obturation d'une dent, le nettoyage d'un canal radiculaire, etc., ne reçoivent pas l'attention qu'elles méritent au grand préjudice de ceux qui demandent ces soins. Il est hors de doute que celui-là est le meilleur dentiste qui s'entend le mieux à amener et à conserver la santé des organes de la mastica-

tion et que c'est dans la mesure où il peut remplir sa fonction à cet égard que les multiples complications provenant des maladies de ces organes seront évitées. Le dentiste idéal est celui qui peut prendre un patient à partir de son enfance et qui, en dirigeant soigneusement le soin de ses dents et en réparant habilement les défauts causés par la carie, conserve les dents dans un état sain et propre à rendre des services jusqu'à un âge avancé et le premier but de la dentisterie devrait être de rendre ce traitement accessible à tous.

Il ne faut pas supposer un moment que je ne reconnais pas la nécessité d'une étude complète de ces branches de la science qui doivent former la base de tout savoir médical : La physique, la chimie, la matière médicale, l'anatomie, la physiologie, la pathologie sont tout aussi essentielles pour le dentiste que pour l'oculiste ou l'otologiste ou pour tout autre spécialiste de la médecine. Si nous comparons la dentisterie à l'otologie, nous constatons, non seulement que le champ d'action du dentiste est plus grand, mais que ses liens avec d'autres parties rapprochées et éloignées par l'intermédiaire du sang, de la lymphe et du système nerveux, ainsi que par la continuité de la membrane muqueuse, sont plus nombreux que ceux de l'oreille et, en raison des multiples complications résultant des états morbides des dents, le dentiste doit posséder une connaissance de l'anatomie d'une partie considérable du corps humain pour pouvoir porter un diagnostic et bien davantage quand il examine spécialement les cas chirurgicaux survenant dans les mâchoires et les parties voisines.

En particulier la physiologie de la digestion doit être parfaitement familière au dentiste et quant à la pathologie nous devons reconnaître qu'il y a difficilement une partie du corps humain qui ne puisse pas être intéressée par les maladies des dents, à partir de la pulpite en passant par toutes les phases intermédiaires de la péricémentite, l'abcès, la nécrose, l'ostéite, la suppuration du sinus, etc., jusqu'à la méningite, la septicémie et la pyémie, sans parler des maladies des glandes salivaires, du sinus frontal, de l'oreille interne, des poumons, du tube digestif, etc. Beaucoup d'opérations dentaires, par exemple la préparation et l'obturation des cavités cariées, mais particulièrement les opérations d'orthodontie et de prothèse, demandent la connaissance des lois fondamentales de la mécanique, tandis que la chimie, au point de vue pratique et au point de vue scientifique, est aussi nécessaire pour le dentiste que pour le médecin.

Il va sans dire que le dentiste qui a à traiter principalement les maladies parasitaires doit bien connaître la bactériologie et l'hygiène, et surtout les règles de l'asepsie et de l'antisepsie. Enfin les nombreuses affections des tissus mous, primaires ou secondaires, réclament l'attention du dentiste. En particulier les manifestations de la syphilis buccale sont si fréquentes et le danger de transmission est si

grand qu'aucun étudiant en dentisterie ne peut considérer son instruction comme complète, s'il n'a pas suivi le cours des maladies cutanées au point de vue spécial de la syphilis.

On voit, d'après ce qui précède — et cela est admis par tous — que la dentisterie a une relation tout à fait intime avec la science de la médecine et *qu'il y a tellement de médecine que le dentiste doit et est obligé d'apprendre que pour cette raison même il ne doit pas être surchargé de choses qui n'ont aucun rapport avec sa profession.*

J'approuve donc pleinement la recommandation suivante faite par l'Association nationale des Facultés dentaires en Allemagne au Conseil fédéral de l'Empire : « L'examen d'anatomie doit avoir pour principal objet la connaissance des mâchoires et des régions voisines, une connaissance de l'anatomie du reste du corps suffisante pour la compréhension des processus pathologiques et, en outre, l'anatomie microscopique. »

En ce qui concerne les connaissances en physiologie, la recommandation est ainsi conçue : « Le dentiste n'a pas besoin de connaître exactement et complètement les processus physiologiques essentiels au médecin. Il suffit qu'il connaisse les processus les plus importants du métabolisme, de la respiration et de la circulation. »

D'une manière analogue, la F. D. I. décida, dans sa session de Stockholm, que les matières suivantes enseignées dans les écoles de médecine devaient être apprises par les étudiants en dentisterie :

1° Physique ;
2° Chimie, y compris la métallurgie ;
3° Anatomie ;
4° Histologie et embryologie ;
5° Physiologie, y compris la chimie physiologique ;
6° Bactériologie ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pathologie générale et anatomie pathologique ;
9° Chirurgie générale ;
10° Diagnostic physique ;
11° Chirurgie spéciale et anesthésie.

Il a été répété aussi dans les sessions de la F. D. I. et développé particulièrement par le président de la Commission d'enseignement que beaucoup des matières contenues dans le programme d'études de l'étudiant en médecine peuvent et doivent être écartées du programme de l'étudiant en dentisterie. C'est également une opinion professée par beaucoup de dentistes et par beaucoup d'autorités médicales que l'étudiant en dentisterie diplômé par une bonne école dentaire est mieux préparé à entrer dans sa profession que le gradué en médecine.

Une étude critique des idées des divers écrivains et des divers

professeurs en matière d'enseignement dentaire montrera que ces opinions ne sont pas aussi inconciliables qu'elles peuvent le sembler à première vue et qu'il n'y a aucune raison de renoncer à l'espoir d'une solution agréable à tous. Nous sommes tous d'avis que l'instruction générale du dentiste doit être identique à celle du médecin. Personnellement, je suis convaincu que le programme des exigences de bien des écoles dentaires devrait être renforcé. En Allemagne, nous venons de réussir à ajouter deux ans aux exigences qui deviennent ainsi les mêmes que pour les étudiants en médecine, c'est-à-dire le diplôme d'un lycée allemand. Cela équivaut à l'examen de sortie des nouveaux de nos meilleurs collèges américains et au diplôme de beaucoup d'entre eux.

Il n'est pas aisé de trancher la question de savoir si l'étudiant en dentisterie doit faire les mêmes études et passer les mêmes examens que l'étudiant en médecine. La réponse dépend dans une certaine mesure des programmes adoptés dans les divers pays. En Hollande, l'étudiant en médecine passe son examen au bout de 7 ans d'études et en Allemagne il peut obtenir le titre de docteur en médecine la 7e année. Je ne crains pas de me tromper en pensant que l'opinion unanime d'une forte majorité de dentistes considérera comme déraisonnable et fâcheux de demander cette somme de travail préliminaire à quiconque se prépare à la pratique de l'art dentaire.

La question présente un aspect différent dans les pays où les études de médecine ne durent que 4 ans. Là il pourrait être admissible pour l'étudiant en dentisterie de faire ses études dans les branches fondamentales anatomie, physiologie, matière médicale, etc. ; tout comme l'étudiant en médecine avec le droit de concentrer son attention sur les parties de ces branches qui se rattachent plus intimement au champ de son activité future et je pense que nous pourrions ne pas mentionner du tout les branches qui n'ont aucun rapport avec ce champ d'activité ou qui ne donnent pas de résultats proportionnés au temps et au travail consacrés à les acquérir.

Maintenant se pose cette question : pourquoi faire en faveur du dentiste une exception qui n'est pas accordée aux autres spécialités ?

Certainement les rapports des dents avec les parties voisines et, par l'intermédiaire du système nervo-vasculaire et du système lymphatique, avec les parties plus éloignées sont tout aussi multiples et aussi complexes que celle de l'œil ou de l'oreille, et pourquoi faut-il que le dentiste sache moins d'anatomie que l'auriste ou l'ophtalmologiste ? La même question se pose touchant la physiologie, l'hygiène, la pathologie générale, la bactériologie, etc. Pour ma part, en réponse à cette question, je dis que la science médicale se développe si rapidement dans toutes ses branches et qu'elle s'est déjà tellement dévelop-

pée que personne, même en étudiant 5, 10 ou même 20 ans, ne pourra jamais en posséder également bien toutes les parties et qu'il sera bon, sinon nécessaire à l'avenir, que chaque spécialiste se limite plus ou moins aux branches d'étude qui se rapportent directement à sa spécialité. Il n'y a pas plus de raison pour l'auriste que pour le dentiste de consacrer des mois à acquérir une connaissance complète de l'obstétrique ou de la gynécologie ou même de l'anatomie des extrémités.

Un grand nombre de matières comprises dans le programme d'études de l'étudiant en médecine sont tout aussi superflues pour les autres spécialités que pour le dentiste. Mais le premier est enchaîné par une tradition dont le second est exempt. Seulement tôt ou tard il sera obligé de renoncer et de reconnaître que personne ne peut posséder toute la science médicale et que la connaissance approfondie des branches plus intimement rattachées à sa spécialité lui sera plus utile qu'une possession superficielle de toutes. Pour un seul motif nous pouvons peut-être avoir raison de limiter les études médicales générales du dentiste davantage que celles des autres spécialistes, c'est parce qu'il lui faut plus de temps pour faire ses études spéciales et pour bien posséder ses opérations. Nous devons toutefois éviter soigneusement d'aller trop loin dans cette voie, car, pour employer une expression géographique, la dentisterie est rigoureusement bornée de tous les côtés par la science de la médecine et doit reposer sur la même base ou du moins sur une base aussi solide que les autres branches de la science médicale.

En examinant la question au point de vue purement objectif, il faut avoir ceci constamment présent à l'esprit : quelle est l'instruction qui préparera mieux le dentiste à sa vie professionnelle ? A cet égard je pense qu'après la base représentée par une instruction générale préliminaire comme celle qui a été indiquée ci-dessus, il doit commencer à mettre ses études en harmonie avec ses besoins futurs.

Sous ce jour il est difficile de voir par quel argument nous pourrions justifier l'exigence de la connaissance de la totalité de la science médicale qui est essayée, mais qui est toujours plus ou moins incomplète. Il est vrai que l'acquisition de cette connaissance a une certaine valeur comme moyen d'exercer l'esprit de l'étudiant, mais il n'y a pas de raison pour ne pas se livrer à cet exercice en acquérant la connaissance de ce qui a en même temps quelque application pratique.

Pendant plus de dix ans je n'ai pas cessé dans toutes les circonstances de demander un degré d'instruction préliminaire élevé et quatre années d'étude de la dentisterie spéciale et des branches de la médecine qui s'y rattachent, et je formule aujourd'hui la même revendication : en demandant plus, cela ne profiterait ni aux étudiants en art dentaire ni à ceux qui ont besoin des services de notre

profession. En particulier il ne faut pas que nous adoptions des mesures qui ne soient pas garanties par l'expérience ou par l'histoire du développement de notre profession. Sous le régime précédent et sous le régime actuel nous avons vu que la dentisterie s'est développée avec une rapidité qui n'a été égalée par aucune autre spécialité médicale et a atteint une perfection de méthode et une sûreté de succès dans ses traitements qu'on ne rencontre pas ailleurs au même degré.

Il est donc très douteux que nous ayons raison de regretter un système qui a donné tant de succès remarquables dans le passé ou même de faire des concessions trop grandes au système demandé par les stomatologistes qui n'a pas encore prouvé qu'il est apte à remplacer celui qu'il veut supplanter. Cela ressemble beaucoup à ce que nous ferions en nous mettant simplement aux jambes des entraves dont nous trouverions difficile de nous débarrasser après que leurs inconvénients auraient été démontrés.

LA PULPECTOMIE TOTALE ET IMMÉDIATE

Étude critique des diverses méthodes thérapeutiques permettant de procéder à cette opération.

RAPPORT AU CONGRÈS DE REIMS.

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Par M. BARDEN,
Professeur à l'Ecole Odontotechnique,
Secrétaire général de la Société Odontologique de Paris.

La thérapeutique des inflammations de la pulpe fait, de la chirurgie dentaire, la plus *spéciale* des spécialités médicales en ce sens qu'aucun tissu enflammé ne se comporte comme la pulpe. Alors que tous les tissus de l'économie sont propres, — à des degrés divers, — à réparer leurs lésions inflammatoires, à récupérer leur état physiologique ou un état voisin de la normale, seule la pulpe dentaire ne répare pas ses lésions. Abandonnée à elle-même, une inflammation pulpaire, aussi superficielle soit-elle, aboutit toujours, dans un temps plus ou moins long, *mais avec certitude*, à l'inflammation *totale* de l'organe, c'est-à-dire à la perte de cet organe, soit par suppuration ou par gangrène, ce qui est fréquent, soit encore par dégénérescence graisseuse, hyaline, scléreuse ou calcaire. Que ce défaut absolu de résistance de la pulpe envers la maladie lui vienne du petit calibre de ses vaisseaux afférents et efférents, de leur inclusion dans des canaux à parois inextensibles ou de l'absence de fentes lymphatiques, il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de le rechercher, il nous suffit seulement de connaître le fait cliniquement pour pouvoir, en face d'une inflammation pulpaire, recourir à une thérapeutique rationnelle. C'est ainsi que, chaque fois que la pulpe est lésée, on se trouve dans la nécessité, pour sauver la dent, de la priver de cet organe devenu non seulement inutile mais encore nuisible pour elle, d'enlever *entièrement* la pulpe [1], c'est-à-dire aussi bien sa volumineuse portion camérale que ses fins ramuscules canaliculaires. C'est cette opération qu'on appelle la *pulpectomie totale*.

Mais la pulpectomie totale, en raison de l'extrême sensibilité de la pulpe enflammée, n'est possible que si l'on a, au préalable, ou bien détruit par un procédé chimique quelconque la vitalité de ce tissu, ou bien rendu son extirpation indolore par quelque méthode thérapeu-

1. Remarquons qu'il y a cependant des cas où il n'est pas nécessaire d'enlever entièrement la pulpe pour sauver la dent et où l'on peut recourir avec succès à la *pulpectomie partielle*. Voir à ce sujet, notre article intitulé : *La pulpectomie coronaire*, paru dans le numéro d'août 1906 de la *Revue générale de l'Art dentaire*.

tique d'analgésie. Le premier procédé est *médial* : il demande en effet une application suffisamment longue du caustique choisi et parfois même plusieurs applications ; l'autre est *immédiat*, en ce sens qu'il est procédé à l'anesthésie pulpaire *immédiatement avant* l'excision de la pulpe. Le premier procédé constitue une intervention thérapeutique destinée à préparer une intervention chirurgicale ultérieure ; le second n'est qu'un temps, que le premier temps de l'intervention chirurgicale elle-même. Or si, cliniquement, nous avons observé qu'une pulpe ne répare pas ses lésions, cliniquement encore on peut constater que plus une pulpe est lentement traitée, plus elle a de chance d'être « maltraitée ». Nous n'en voulons pour preuves que les arthrites consécutives à l'application arsenicale et qui sont parfois si longues à disparaître, les infections secondaires ou les réinfections pulpaires par chute du pansement provisoire, par manque d'exactitude du patient qui, la douleur calmée, reste parfois des semaines avant de revenir consulter le praticien. Combien n'en avons-nous pas vu, — au dispensaire et même en clientèle, — de ces pulpites se transformer pour les raisons précitées en « quatrièmes degrés » plus ou moins compliqués et justiciables, en dernière analyse, de la seule cure chirurgicale du davier ? Si à ces inconvénients directs ou indirects de la dévitalisation arsenicale on ajoute les douleurs parfois si vives déterminées par l'application de cet escharotique, si l'on considère enfin la perte de temps que nécessite son emploi, on conviendra sans peine que, pour tout praticien digne de ce nom, s'impose la nécessité de renoncer à cette méthode de traitement de la pulpe qui est chez le dentiste moderne comme une survivance de la vieille thérapeutique dentaire, la thérapeutique « au petit coton », et cela au profit de la *pulpectomie totale immédiate*, seule intervention vraiment sans danger pour l'avenir de la dent traitée.

*
* *

Ce sont les inconvénients même de la dévitalisation pulpaire arsenicale qui ont mis le praticien dans l'obligation de trouver des procédés thérapeutiques propres à rendre l'ablation pulpaire indolore et sans danger pour la dent et les tissus circumvoisins. Le nombre élevé des moyens proposés dans ce but, et que nous allons tout à l'heure passer en revue, montre bien cette préoccupation constante du dentiste moderne d'éviter l'emploi de l'acide arsénieux.

Pour la commodité de cette étude, nous classerons les divers procédés thérapeutiques d'anesthésie pulpaire en deux grands groupes.

Dans le premier groupe, nous décrirons les procédés qui permettent d'agir *directement* sur la pulpe.

Dans le second groupe, nous étudierons les procédés qui per-

mettent d'agir *indirectement* sur la pulpe, par l'intermédiaire des tissus péri-dentaires ou péri-pulpaires.

Ce qui revient à étudier :

a) les procédés d'anesthésie *directe* de la pulpe ;

b) les procédés d'anesthésie *indirecte* de cette pulpe.

L'étude de ces diverses méthodes d'anesthésie pulpaire constitue le sujet même de notre rapport. Car il serait oiseux, devant un public instruit, de décrire la pulpectomie. La technique de cette opération : — voies d'accès de la chambre pulpaire, évidement caméral, cathétérisme radiculaire, — est amplement décrite dans les traités de dentisterie opératoire et connue de tous les praticiens. Au contraire, les méthodes d'anesthésie pulpaire, permettant une bonne pulpectomie, sont toutes récentes. Elles sont nées avec le XXe siècle, mais la plupart n'ont pas encore franchi le seuil de nos salles d'opérations et sont restées l'apanage de quelques isolés. Vulgariser ces méthodes c'est à notre sens faire œuvre éminemment utile. C'est ce qu'a bien compris d'ailleurs notre sympathique président, M. Francis Jean, en mettant à l'ordre du jour du Congrès une question aussi capitale que celle des possibilités de la pulpectomie totale et immédiate.

*
* *

I. — *Méthodes d'anesthésie directe de la pulpe.* — L'anesthésie directe de la pulpe peut être obtenue par quatre procédés différents que nous étudierons séparément et que nous dénommerons :

1° La traumatisation brusque ;
2° La réfrigération ;
3° Les injections analgésiques intra-pulpaires ;
4° La compression analgésique.

1° *Traumatisation brusque.* — C'est certainement le procédé d'anesthésie pulpaire le plus anciennement connu. Il a été découvert empiriquement et successivement par tous les dentistes lorsque, dans un but prothétique, ils furent amenés à sectionner à la pince coupante des dents à pulpe vivante. En effet, si immédiatement après la section de la couronne, on enlève la pulpe à l'aide d'une broche, on constate que cette énucléation ne donne lieu à aucune réaction douloureuse. Partant vraisemblablement de cette donnée empirique que le choc brusque anesthésie la pulpe, un dentiste [1] chercha le moyen d'utiliser cette action bienfaisante du traumatisme sans être obligé de recourir à la section de la dent et il imagina le procédé de traumatisation pulpaire actuellement en usage. Pour déterminer le choc, on se sert d'un petit bâton de bois d'oranger. On l'amincit de

1. Il nous a été impossible, malgré nos recherches, de trouver le nom de l'inventeur de ce procédé d'anesthésie.

manière à lui donner la grandeur et la forme approximatives du canal radiculaire et l'on aiguise la pointe. On découvre la pulpe, on met à son contact la pointe effilée du petit bâton et on l'enfonce d'un coup rapide et sec de maillet à aurifier. Sous la violence du choc la pulpe est parfois tout entière entraînée hors du canal; dans le cas contraire on l'enlève à l'aide d'une broche.

Nous employons cette méthode chaque fois que nous avons à enlever la pulpe d'une canine : la facilité d'accès du canal de cette dent, son grand volume, sa forme conique qu'on peut facilement donner au bâton d'oranger, rendent alors cette opération réellement commode et avantageuse. Ce procédé d'anesthésie peut, bien entendu, être employée pour d'autres dents que la canine. Fred. A. Peeso, dans son *A. B. C. des couronnes et des bridges,* l'apprécie en ces termes [1] : « Cette méthode réussit spécialement pour les dents ne présentant qu'une racine, mais elle peut être appliquée avec succès aux bicuspides et aux molaires dans de bonnes conditions, alors que les couronnes sont mal cassées (?) et permettent l'accès des canaux.

» Cette opération a été souvent qualifiée de barbare par les praticiens, mais elle ne l'est en aucune façon. Si on l'accomplit convenablement, on peut l'effectuer sans plus de douleur qu'avec toute autre méthode de dévitalisation. Elle est si rapide que la pulpe est paralysée par le choc, et la douleur n'est pas plus vive que celle qu'on éprouve d'une légère piqûre d'épingle. Tout dépend de la manière de faire; un opérateur maladroit peut occasionner de grandes souffrances au patient. »

Il est intéressant de se demander par quel mécanisme se produit cette anesthésie pulpaire de courte durée, mais si complète, déterminée par la traumatisation brusque. On peut recourir à deux hypothèses [2] : « Ou bien il se produit une inhibition due au brusque traumatisme, — et Brown-Sequard a signalé des anesthésies passagères par ce mécanisme ; — ou bien il n'y a pas impression douloureuse à cause de l'intensité même de l'irritation mécanique. » On sait, en effet, que nos appareils nerveux ne sont adaptés que pour des excitations de rythme déterminé. Or si la pulpe est habituée à recevoir et à transmettre des excitations de rythme bien défini, comme les impressions thermiques ou encore les impressions mécaniques parmi lesquelles on peut ranger, par exemple, l'appréciation du degré de dureté d'un corps placé entre les dents, — impressions que la pulpe reçoit journellement et dont le rythme lui est en quelque sorte familier, — elle n'est préparée en rien à ce traumatisme violent et subit

---

1. *L'A. B. C. des couronnes et des bridges,* par Fred. A. Peeso, *Dental Cosmos* de janvier 1903 à mai 1904. Traduit par M. Godon, *Odontologie,* 30 mars 1905, page 350.
2. *Gley,* Lettre particulière.

dont le rythme inaccoutumé surprend si brusquement les éléments cellulaires que ceux-ci, — comme sidérés, — perdent pendant un instant la faculté de transmettre aux centres l'impression ressentie, d'où l'absence de douleur constatée.

Quelle que soit la valeur des hypothèses émises pour expliquer cette anesthésie, le fait même qu'elle existe suffit à donner au procédé son importance. Est-ce à dire que le dentiste ait dans la traumatisation brusque un moyen aussi simple de déterminer l'anesthésie pulpaire qu'on serait tenté de le croire au premier abord ? Malheureusement non. Et quoi qu'en dise Peeso, ce procédé ne peut s'appliquer, — avec chance de succès, — que dans quelques cas restreints. D'abord il faut que l'entrée des canaux soit très accessible et, si l'on peut, à la rigueur, employer ce procédé pour anesthésier la pulpe des incisives et des canines dont la cavité radiculaire est large, la difficulté d'avoir des bâtons de bois d'oranger assez ténus pour pénétrer dans les canaux des premières bicuspides, dans les canaux externes des molaires supérieures et dans les canaux antérieurs des molaires inférieures suffit à contre-indiquer la méthode. Et puis comment aller dans la cavité buccale, à l'aide d'un maillet, donner un coup vertical et bien appliqué sur un bâton de bois d'oranger fiché dans une seconde molaire inférieure par exemple ? A notre avis les cas sont en petit nombre où le procédé se trouve formellement indiqué par le siège de la carie, par la facilité d'accès du canal radiculaire et son grand calibre. Hormi ces cas, qui se rencontrent rarement dans la pratique, la traumatisation brusque, malgré sa valeur réelle au point de vue de l'anesthésie obtenue, devra être rejetée, car cette anesthésie ne s'obtient qu'avec les conditions de facilité d'accès du canal et de choc bien appliqué dont nous avons parlé plus haut.

2° *Réfrigération pulpaire.* — Si rares que soient les indications de la traumatisation brusque, celles de la réfrigération pulpaire le sont plus encore. En effet, ce procédé qui, croyons-nous, a été indiqué d'abord par M. d'Argent, s'il donne une bonne anesthésie, ne la détermine qu'au prix de souffrances préalables quelquefois impossibles à supporter. Néanmoins avec de grandes précautions et chez un malade très docile pourra-t-on y recourir avec succès. A cet effet, il faut d'abord diriger le jet du coryleur dans le sillon gingival au-dessus [1] de la dent dont on aura au préalable obturé la cavité à l'aide d'un tampon d'ouate très tassé, glacer ensuite la surface extérieure de la dent, puis le tampon obturateur, enfin enlever ce dernier et diriger le jet pendant une minute sur la pulpe elle-même. Il est souvent nécessaire de recommencer cette manœuvre deux ou trois fois avant de pouvoir extirper la pulpe sans douleur.

---

1. Ou au-dessous si c'est au maxillaire inférieur.

Bien entendu, ce procédé n'est guère applicable qu'aux dents antérieures, d'accès facile. Bien plus, il n'est guère supportable que quand il s'agit d'anesthésier la pulpe d'une dent isolée — autrement le jet réfrigérant plus ou moins bien dirigé vient frapper les dents voisines et déterminer une impression des plus désagréables pour le patient. De plus, même faite avec les précautions que nous avons indiquées, la réfrigération trouvera rarement son emploi. D'abord il faudra l'écarter pour tous les hypersensibles, les nerveux, les débilités, et ne réserver le procédé que pour les sujets calmes et courageux. Ensuite il sera nécessaire de penser que l'application du froid sur une pulpe enflammée détermine parfois des névralgies intolérables dans les différents territoires de la cinquième paire, névralgies que ne calmeront ni l'extirpation du filet pulpaire, — à supposer que le malade ait bien voulu consentir en pleine crise à se laisser faire cette opération, ce qui est douteux, — ni les antinévralgiques les plus puissants. A telle enseigne qu'à la réfrigération pulpaire le patient échaudé préférera l'extirpation sans anesthésie de la pulpe.

3° *Injections analgésiques intra-pulpaires.* — Les injections intra-gingivales étant d'emploi courant chez le dentiste, il n'est pas étonnant que celui-ci, devant les bons résultats obtenus par cette méthode d'anesthésie dans l'extraction des dents, ait songé à recourir par analogie aux injections intra-pulpaires pour rendre l'ablation de l'organe radiculaire indolore. C'est un Allemand, *Bock*, de Nuremberg, qui expérimenta le premier cette méthode [1]. Mais c'est seulement en 1900 qu'au Congrès de Paris l'attention fut attirée sur ce procédé par le travail de *Heitmüller*.

La technique est la suivante. On place d'abord dans la cavité cariée, en contact avec la pulpe, un tampon imbibé d'une solution forte de cocaïne (15 à 30 o/o) destinée à produire l'anesthésie des premières couches pulpaires. Nous avons eu recours à cet effet à un anesthésique local employé couramment en oto-rhino-laryngologie, le liquide de Bonnain. Quand l'action de l'anesthésique s'est fait sentir, on enfonce doucement dans la pulpe l'aiguille fine et flexible d'une seringue de Pravaz remplie d'une solution de cocaïne à 2 o/o. On injecte alors deux ou trois gouttes. On pousse un peu plus l'aiguille, on injecte encore une ou deux gouttes, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'aiguille ne puisse plus pénétrer. On attend trois ou quatre minutes et l'on extirpe la pulpe.

Contrairement à ce que l'on pouvait croire, ce procédé ne donne que des résultats incertains au point de vue anesthésie. De plus sa technique est très délicate. En premier lieu le procédé n'est pas applicable aux molaires en raison de leur siège. Ensuite la finesse de

1. Les essais de Bock datent de 1885.

la plupart des canaux permet difficilement l'introduction d'une aiguille même très fine, et quand l'aiguille ne pénètre pas profondément le liquide injecté s'échappe au dehors. Et puis malgré l'application d'une solution concentrée de cocaïne l'anesthésie des couches superficielles de la pulpe ne se produit souvent pas, et l'injection est alors très douloureuse. Enfin il est dans tous les cas très difficile de pousser une solution de cocaïne avec suffisamment de légèreté, de délicatesse, pour ne pas déterminer une brusque compression pulpaire extrêmement douloureuse. En somme la méthode d'injection intra-pulpaire est d'une valeur plus minime encore que la traumatisation ou la réfrigération pulpaires.

4° *Compression analgésique.* — Mais les bons résultats qu'on ne peut attendre ni de la traumatisation, ni de la réfrigération, ni des injections intra-pulpaires, on peut les demander à une méthode que nous décrirons sous le nom de compression analgésique. Cette méthode a été employée pour la première fois par *Jaime D. Losada*, de Madrid. Losada publiait en effet en juillet 1899 dans la *Odontologia* une courte note sur ce procédé dont il démontra cliniquement la valeur, un mois après, au Congrès de Barcelone.

La technique que nous employons et qui est, à peu de chose près, celle de Losada, est la suivante. Il faut d'abord débarrasser la cavité de la plus grande partie de la dentine cariée, puis empêcher pendant le cours de l'opération toute irruption de salive, ceci à l'aide des moyens que nous connaissons tous, tampons hydrophiles, digue, etc. Ceci fait, on prépare à chaud une solution aqueuse concentrée de chlorhydrate de cocaïne. Le titre indiqué par Losada est 15 o/o. Nous l'avons porté à 30 o/o. Puis on laisse refroidir un peu de façon à n'employer le liquide ni trop chaud, ni trop froid, mais tiède, pour ne point impressionner désagréablement la pulpe. On trempe alors une boulette d'ouate dans cette solution, on promène cette boulette imbibée à la surface d'un flacon contenant des cristaux de chlorhydrate de cocaïne, de façon à ce que un ou deux cristaux adhèrent à la boulette, et l'on porte cette dernière dans la cavité, au contact de la pulpe exposée. On laisse ce pansement en contact avec la pulpe une ou deux minutes, de façon à produire l'anesthésie des couches superficielles. A l'aide d'un fouloir à boule, aussi large que le permet la cavité, on introduit un morceau de caoutchouc à vulcaniser ou de gutta-percha qu'on enfonce dans la cavité par de légers mouvements de pression, ce qui refoule contre la pulpe la boulette d'ouate qui se trouvait préalablement à son contact. Cette manœuvre doit être faite avec excessivement de délicatesse et le mouvement de pression doit cesser dès que le patient manifeste un peu de douleur. On attend alors quelques secondes de façon à permettre à la pulpe d'absorber un peu plus de cocaïne et l'on presse de nouveau. Il faut parfois

changer deux ou trois fois la boulette et procéder chaque fois de même pour la pression. On peut alors extirper la pulpe d'une façon absolument indolore.

L'extirpation de la pulpe par ce procédé détermine toujours une hémorragie parfois assez difficile à arrêter. On l'évitera en ajoutant à la solution de cocaïne deux ou trois gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1 p. 1000.

L'anesthésie obtenue par compression est généralement massive et dure de quelques secondes à plusieurs minutes. Elle est, dans tous les cas, d'assez longue durée pour permettre l'extirpation complète du ou des filets radiculaires. Il n'y a, pour ainsi dire, pas de cas où la méthode échoue. Même une pulpe antérieurement traitée par l'acide arsénieux se laissera bien imprégner par la cocaïne. Nous en avons fait plusieurs fois l'expérience et MM. *Siffre* [1] et *Fleischmann* [2] sont de cet avis.

Il y a cependant des cas où la compression ne donne aucun résultat. C'est quand la pulpe a subi de nombreux pansements phéniqués ou créosotés [3]. Il semble que les cellules pulpaires subissent, sous l'influence de ces caustiques, telle transformation qui empêche toute absorption ultérieure de liquide analgésique. Ajoutons les cas de pulpite concrémentitielle et nous en aurons fini avec les contre-indications, comme on le voit très rares, de la compression.

Car cette méthode ne présente pas, comme les autres, des contre-indications de siège. La compression est applicable à toutes les dents aussi bien aux monoradiculées qu'aux multiradiculées. Pour les molaires, en modifiant un peu la technique comme nous avons l'habitude de le faire et comme nous allons l'indiquer, on obtient des résultats aussi parfaits que dans les dents monoradiculées. L'opération se décompose alors en trois opérations successives.

Première opération : Anesthésie de la pulpe camérale au moyen de la pression comme plus haut.

On enlève alors d'un coup de fraise bien effilée la pulpe camérale.

Deuxième opération : A l'orifice du canal postérieur pour les molaires inférieures, à l'orifice du canal palatin pour les molaires supérieures, on place une boulette d'ouate imbibée du liquide analgésique et l'on exerce la pression dans le sens de ce canal.

On extirpe alors le filet palatin ou le filet postérieur.

Troisième opération : A l'orifice des canaux externes pour les molaires supérieures, à l'orifice des canaux antérieurs pour les molaires

---

1. *Siffre*, Leçon orale.
2. *Fleischmann*, Anesthésie de la pulpe par la cocaïne. *Bulletin du Syndical des chirurgiens-dentistes de France*, juin 1906, p. 239.
3. *Siffre*, idem.

inférieures, on place la boulette analgésique et l'on comprime comme d'ordinaire.

On extirpe alors les filets restants.

La condition de succès *sine qua non*, c'est d'exercer une pression progressive dans le sens de l'axe du canal radiculaire dont on veut anesthésier le contenu. Donc, bien entendu, pour les molaires il faudra savoir faire les résections de tissus nécessaires pour s'assurer toujours une pression directe.

On a dit que c'était là un inconvénient de la méthode. Mais qui donc peut se vanter de pouvoir vider les canaux d'une molaire sans recourir à ces larges évidements ? D'ailleurs, quand elle retranche, la chirurgie dentaire est sûre de pouvoir rebâtir, tandis que, quand elle conserve parcimonieusement des portions coronaires, elle se condamne presque à coup sûr à une imparfaite pulpectomie.

Le grand avantage de la compression analgésique c'est de permettre de traiter une dent en une seule fois. La méthode donne un gain de temps considérable et est absolument sans danger ni pour les dents ni pour l'organisme. Avec la compression disparaît la crainte de l'arthrite secondaire arsenicale, et, malgré le titre élevé des solutions employées, on n'a jamais noté d'accidents généraux.

En ce qui nous concerne, nous employons la compression analgésique deux fois sur trois, et nous tendons à rejeter de plus en plus l'emploi de l'acide arsénieux.

M. Godon a essayé de se rendre compte s'il n'était pas possible de remplacer entièrement dans la clientèle le procédé habituel de dévitalisation médiate de la pulpe par l'acide arsénieux par le procédé de dévitalisation immédiate à l'aide de l'anesthésie par compression. Mais il déclare n'y avoir réussi que dans un peu plus de la moitié des cas (30 compressions pour 21 dévitalisations arsenicales) soit en raison du siège de la cavité, soit à cause du manque de temps. M. Godon « n'en reste pas moins convaincu que de nos jours, sauf des cas exceptionnels, la destruction de la pulpe doit se faire sans douleur et en une séance [1] ».

C'est aussi l'avis de notre maître, *M. Siffre*, qui depuis 1900 a renoncé entièrement à l'emploi de l'acide arsénieux. Depuis cette époque, il a fait, tant dans sa clientèle qu'au dispensaire ou à l'Ecole qu'il dirige, plus de 1.500 [2] pulpectomies totales immédiates par la méthode de compression analgésique. Sur ces 1.500 pulpectomies il n'y a, pour ainsi dire, pas eu d'insuccès, sauf les quelques cas rares dont nous parlions plus haut, concernant des dents dont les pulpes

1. *Godon*, Lettre particulière.

2. Ce chiffre qui pourrait surprendre au premier abord s'explique, par ce fait, que le Dr Siffre fait entrer dans sa statistique toutes les pulpectomies faites à son Ecole par ses élèves depuis sa fondation.

avaient été saturées de créosote ou d'acide phénique. M. Siffre a été en France le propagateur de cette méthode et l'on peut dire que tous les anciens élèves de l'Ecole Odontotechnique qui ont adopté cette méthode s'y sont ralliés à sa suite. De son côté M. Godon a attiré l'attention sur l'excellence de cette méthode et engagé les chefs de clinique de l'Ecole qu'il dirige à faire tous leurs efforts pour la propager.

*
* *

Le dentiste possède donc dans la compression analgésique un moyen sûr et sans danger permettant de recourir à la pulpectomie totale immédiate en cas d'inflammation pulpaire. Mais il est des cas où le dentiste a besoin de dévitaliser une dent saine dont la cavité pulpaire sera ultérieurement utilisée comme moyen de rétention d'un bridge par exemple.

Dans ces cas évidemment, la compression analgésique n'est pas indiquée. D'abord l'opération serait très longue et lasserait et le patient et l'opérateur. De plus, malgré la cocaïne, les forages successifs et de plus en plus profonds seraient assez douloureux. Enfin par le pertuis obtenu à l'aide d'un foret, il est fort peu commode de faire de bonne compression. En définitive, le résultat serait mauvais. Aussi a-t-on cherché à obtenir indirectement l'anesthésie de la pulpe en injectant des solutions analgésiques dans les tissus circumvoisins, injections qui, théoriquement, doivent permettre, l'anesthésie étant obtenue, de procéder facilement à la préparation puis à l'extraction de la pulpe. Ce sont ces méthodes que nous allons étudier sous le nom d'anesthésie indirecte de la pulpe.

II. — *Méthodes d'anesthésie indirecte de la pulpe.* — On peut arriver à l'anesthésie indirecte de la pulpe par trois voies différentes :

1° Par la voie gingivale ;
2° Par la voie osseuse ;
3° Par la voie dentinaire.

1° *Anesthésie pulpaire par la voie gingivale.* — Divers procédés d'anesthésie par la voie gingivale ont été décrits, ce sont ceux :

a) De *M. Touchard*, de Paris ;
b) De *Welin*, de Stockholm ;
c) D'*Aguilar*, de Madrid.

a) *Procédé de Touchard.* — M. Touchard a le premier utilisé la voie intra-gingivale pour l'anesthésie de la pulpe dentaire. Il y fut conduit par l'histoire d'un malade à qui il fit un jour une injection de cocaïne en vue de lui extraire une dent, et qui, l'injection faite, se décida à conserver l'organe. M. Touchard commença le traitement

séance tenante et vit que le contact des instruments ne déterminait aucune douleur, et il put ainsi préparer la cavité. Il fut encore encouragé dans cette voie par l'autorité de M. le professeur *Reclus*, qui dans son livre paru en 1874 disait ceci : « Les dentistes qui ont recours à la cocaïne insensibilisent les tissus lorsqu'ils veulent extraire une dent, mais s'abstiennent dans les cas, si douloureux pourtant, où ils arrachent ou détruisent la pulpe par des vrilles ou par des caustiques. Pourquoi ne pas faire alors des injections profondes, jusqu'au niveau des racines... ? Certainement ces injections seraient efficaces : elles agissent sur les nerfs qui abordent la pulpe, puisque, lors de l'extraction, on étire et l'on rompt les nerfs sans que le patient éprouve la moindre souffrance. »

A l'aide d'une seringue de Pravaz, M. Touchard injecte un mélange de chlorhydrate de cocaïne et d'eucaïne, 1 c.c. de la solution contenant :

15 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne,
5 — d'eucaïne B.

« L'injection doit être poussée lentement, l'aiguille enfoncée de plus en plus profondément jusqu'à 2 centimètres environ dans la direction de l'apex en restant le plus près possible du périoste. »

L'anesthésie de la dent survient dans un temps variant entre 2 et 15 minutes et se prolonge pendant 10 à 40 minutes. Il est assez difficile de porter un jugement sur le procédé de M. Touchard. Tous ceux qui ont employé les injections intra-gingivales de cocaïne les ont rejetées pour l'anesthésie de la pulpe.

Peut-être cela tient-il à une mauvaise technique. Cependant nous avons vu des cas où l'injection était parfaite et où la pulpe restait sensible. Cela vient pour nous de ce que la pression obtenue à l'aide de nos seringues ordinaires n'est pas suffisante pour faire pénétrer le liquide jusqu'à la pulpe.

b) Procédé de Welin, de Stockholm. — C'est justement cette forte pression qui sert de base au procédé de Welin. Welin imagina pour faire les injections une seringue spéciale très puissante qui se compose d'un corps de pompe métallique dans lequel glisse un piston plein mû par le mouvement de deux branches analogues aux branches d'un davier, mouvement qui s'exécute en rapprochant progressivement le pouce des quatre autres doigts. On comprend facilement que la pression déterminée par cette seringue doive plus facilement faire pénétrer le liquide anesthésique à travers tous les tissus : gencive, périoste, alvéole, pulpe. Malheureusement M. Welin se sert d'un liquide dont la composition n'est pas connue. Il y entrerait, paraît-il, de la novocaïne, de la paraphrénine, de la delphine et une autre substance dont l'auteur ne fait pas mention.

Avant de faire l'injection, il faut d'abord procéder au lavage du champ opératoire avec solution phéniquée à 5 o/o. « La pointe de la seringue doit pénétrer dans l'épaisseur du bourrelet gingival et est maintenue en place de façon à empêcher la sortie du liquide.

» Après l'introduction de l'aiguille, on doit faire une pression légère d'abord, puis l'augmenter graduellement jusqu'au moment où une anémie complète est obtenue autour de la dent.

» Les règles à observer pour les injections sont les suivantes : Pour les dents antérieures l'injection doit être faite dans la gencive sur les côtés distal, mésial, buccal et lingual. Pour les prémolaires du haut et du bas, l'opération est faite de même, mais pour l'extraction de la pulpe il faut attendre un instant ; il en est de même pour les grosses molaires du haut ; quant aux grosses molaires du bas, il est nécessaire de pousser le liquide anesthésique jusqu'au périoste, car les filets radiculaires sont difficilement anesthésiables [1]. »

Ceux qui ont employé cette méthode disent qu'elle donne des résultats variables au point de vue de l'anesthésie. Tantôt on obtient une anesthésie complète, tantôt une diminution de la douleur et dans certains cas la sensibilité persiste entièrement. Mais l'incertitude de l'anesthésie obtenue n'est pas le seul inconvénient de cette méthode. Les différents opérateurs, *Davenport, Levett, Northcrofft, Solbrig, Spaulding, Flygare*, ont noté de la périostite consécutive et des eschares gingivales. Ces eschares gingivales sont parfois très importantes et mettent le maxillaire à nu. A quoi les attribuer ? A la causticité du liquide employé ou à la forte pression qui suffirait mécaniquement à détruire la vitalité du tissu ? nous ne saurions le dire. Enfin on a noté des accidents généraux comme vertiges, sensation de fourmillement dans les extrémités, angoisse et même syncope. M. Godon incline à penser que la plupart des accidents sont dus à un défaut de technique. La preuve c'est que son collaborateur M. Flygare a eu fort peu d'accidents. Or, M. Flygare est un des anciens élèves de Welin. Il a assisté M. Welin dans la plupart de ses expériences et a pu ainsi se familiariser avec sa technique dans tous ses détails pour éviter des tâtonnements préjudiciables aux bons résultats. Peut-être aussi a-t-il reçu de l'auteur directement, comme il le pense, des solutions mieux préparées que celles qui ont été dans le commerce [2].

Nous donnons ci-dessous la statistique de 16 cas d'anesthésie pour pulpectomie totale faite à l'aide de la seringue de Welin par *MM. Godon* et *Flygare* :

---

1. *Levett*, L'anesthésie de la pulpe et de la dentine. *Odontologie*, 30 mai 1907, p. 450.
2. *Ch. Godon*, Lettre particulière.

NOMS	DENTS TRAITÉES	NOMBRE DE PIQURES	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTAT
Mlle G.	3 s. d.	2 piqûres	15 minutes	Bonne anesthésie.
M. B.	4 i. g.	4 —	25 —	— —
Me A.	7 s. d.	4 —	30 —	— —
Me D.	6 s. g.	2 —	30 —	— —
M. D.	6 i. d.	4 —	45 —	— —
M. H.	6 s. d.	4 —	35 —	— —
Me C.	5 i. d.	2 —	10 —	Très bonne anesthésie.
Me C.	4 i. d.	4 —	15 —	— —
M. V.	6 i. d.	4 —	—	Pas d'anesthésie.
M. G.	5 i. g.	2 —	—	Pas d'anesthésie.
Me M.	8 i. g.	1 —	30 —	Très bonne anesthésie.
M. G.	1 s. g.	4 —	20 —	— —
M. C.	7 s. g.	2 —	30 —	Eschare.
M. A.	6 s. g.	2 —	15 —	Arthrite.
M. C.	5 i. d.	2 —	15 —	—
M. B.	3 i. d.	4 —	15 —	Bonne anesthésie.

En tout, sur 16 cas, 14 bonnes anesthésies.

Soit bon résultat dans 87 o/o des cas.

Sur 16 cas, 13 sans complications, 2 cas d'arthrite, 1 cas d'eschare.

Soit pas de complications dans 82 o/o des cas.

Enfin, pas d'accidents généraux.

Si donc l'on s'en tient à cette statistique on voit que la méthode de Welin bien maniée est précieuse et rendra d'excellents services dans la dévitalisation des dents saines.

c) *Procédé d'Aguilar, de Madrid.* — Citons, pour être complet, le procédé d'Aguilar qui injecte dans la gencive, à l'aide d'une seringue ordinaire, une solution dans laquelle entre de la caféine, du nitrite d'amyle, de la cocaïne.

Cette solution donnerait d'excellents résultats. M. le Dr *Amoëdo*, qui l'a essayée, s'en déclare satisfait.

2° *Anesthésie pulpaire par la voie osseuse.* — La voie osseuse a été employée pour la première fois par *Otté*, dentiste à Groningue, en 1896. Mais il fallut les travaux de Wiersema [1] de Groningue à l'étranger et en France celui de *Nogué* [2], pour attirer l'attention sur cette méthode que l'école hollandaise appelle anesthésie par injection intra-maxillaire et *Nogué* anesthésie diploïque.

L'anesthésie diploïque consiste à porter le liquide anesthésiant

1. La méthode d'injection intra-maxillaire, *Société Néerlandaise de Stomatologie.*

2. *Nogué*, L'anesthésie diploïque, *Archives de Stomatologie*, février 1907 et numéros suivants.

dans le tissu spongieux de l'os maxillaire, dans le diploé, de façon à baigner à la fois le tronc nerveux et ses ramuscules.

Technique. — Pour arriver dans le tissu spongieux il faut d'abord traverser le tissu osseux externe. A cet effet on se sert d'un foret mû par le tour dentaire. Au moment où le foret pénètre dans le tissu spongieux, ce dont on s'aperçoit à la sensation qu'on éprouve alors d'entrer dans de la sciure de bois, on le retire. On met à la place l'aiguille de même calibre adaptée à une seringue spéciale très résistante que M. Nogué a fait construire à cet effet. On prend 1 centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1 0/0 ou 1 centimètre cube d'une solution de stovaïne à 2 0/0.

L'injection doit se faire à 1 centimètre environ du collet de la dent, immédiatement derrière la racine. A la mâchoire supérieure, injection palatine pour les molaires, injection externe pour les dents antérieures. A la mâchoire inférieure injections externes pour toutes les dents.

Comme on peut s'y attendre l'anesthésie obtenue par ce procédé est rapide et complète. Cette méthode, imaginée pour l'extraction des dents, a été étendue à l'extirpation de la pulpe. M. *H. Allaeys*, d'Anvers [1], M. *Yerna* et M. *Nogué* ont obtenu dans cette voie d'excellents résultats.

Cette méthode dont la technique est très simple n'a qu'un défaut, c'est qu'elle effraye le malade, mais l'anesthésie qu'elle procure ne saurait être mise en balance avec un si petit inconvénient.

3° Anesthésie pulpaire par la voie dentinaire. — *a*) Elle consiste, à l'aide d'une seringue spéciale, à faire pénétrer de la cocaïne par l'intermédiaire de la dentine dans la pulpe.

Mayer a le premier construit une seringue à cet effet. Cet instrument, qui a le volume d'un davier avec fortes branches, se manœuvre comme la seringue de Welin, qui est plus petite, en rapprochant fortement les branches l'une de l'autre. Pour opérer, il faut à l'aide d'un foret faire un trou au niveau du collet de la dent dont on veut anesthésier la pulpe. Ceci fait, mettre à la place l'aiguille bien calibrée de la seringue et pousser l'injection dans l'ivoire.

Mais cette manœuvre est très difficile à faire. D'abord le forage au niveau du collet est très douloureux, si douloureux même, que bon nombre de patients ne veulent pas s'y soumettre. Ensuite il est presque impossible d'avoir un calibrage exact. Alors le liquide ne pénètre pas dans la dentine, il tombe de la bouche et l'anesthésie ne se produit pas. En revanche, comme on se sert d'une solution forte de cocaïne, 10 à 20 pour cent, cette solution, en tombant dans la bou-

---

1. *H. Allaeys*, De l'anesthésie diploïque, *Bulletin de la Société Belge de Stomatologie*, n° 1, 1907, p. 16.

che, cause une impression très désagréable d'anesthésie et de paralysie des parties molles, palais, langue, joue, etc.

Enfin, la pression à exercer est formidable, et elle fatigue très rapidement la main de l'opérateur.

C'est pour remédier à cet inconvénient que M. *Vilcox-Jevet* imagina une seringue plus facile à manier. « Cette seringue est un instrument à corps robuste, dont le piston est actionné par une roue à gâchette, fixée sur le côté de la seringue, dispositif qui lui donne une grande puissance.

» L'extrémité de l'instrument est formée par une pointe en acier, de forme légèrement conique et du diamètre d'un tiers de millimètre à son extrémité pointue, à lumière très fine pour laisser passer le liquide.

» On opère de la façon suivante : La seringue est chargée avec une solution de cocaïne à 10 ou 15 o/o ; on fixe le bec en pointe, sur le corps, en vissant avec suffisamment de force pour que ce joint qui se fait sur une rondelle de caoutchouc soit étanche. Avec une fraise de S. S. Withe n° 1, qui correspond au calibre de la pointe en acier, on fera soit dans la cavité même, soit dans le collet de la dent, une cavité de 3/4 de millimètre à 1 millimètre de profondeur. Le bec de l'instrument est alors engagé dans la cavité en faisant faire à la seringue un léger mouvement de rotation de gauche à droite, comme si on voulait le visser, en forçant légèrement. De cette façon nous obtenons un joint suffisant pour qu'il ne reste plus qu'à actionner le piston, et nous constaterons en appuyant avec l'index sur la petite roue, par exemple, une résistance sérieuse produite par le liquide qui ne peut filtrer ni par le bec, ni revenir en arrière, ni s'échapper par les joints, si l'instrument fonctionne bien. En appuyant plus fortement, la résistance diminue, le piston avance, c'est la solution qui se diffuse dans l'épaisseur même des tissus dentaires.

» L'injection terminée, on constatera que la dent entière est complètement analgésiée ; le liquide, forcé dans la cavité, va agir sur la pulpe, et cette anesthésie durera assez longtemps pour nous permettre de tailler, préparer une cavité ou encore mettre une couronne, ouvrir la chambre pulpaire sans que le patient accuse la moindre douleur [1]. »

S'il est plus facile d'opérer avec la seringue de Vilcox-Jevet, elle a les mêmes inconvénients que celle de Mayer : forage douloureux et reflux des liquides, d'où, souvent, absence de l'anesthésie cherchée.

b) Cataphorèse. — C'est l'introduction par l'électricité de médicaments qui pénètrent dans l'économie à travers la peau et les mu-

---

1. *J. Fleischmann*, Anesthésie de la pulpe par la cocaïne, *Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*, année 1906, p. 259.

queuses. Pour l'art dentaire, il faut une source de courant de 15 à 60 volts de tension, un rhéostat permettant de graduer l'intensité du courant, un milliampèremètre destiné à indiquer l'intensité du courant, des électrodes positives en forme de pointe terminée par une boule de platine à l'extrémité et une électrode négative en forme de plaque métallique.

Le manuel opératoire qui a été indiqué par M. *Pont* est le suivant : « Avant de faire passer le courant à travers la dent, il est bon de prendre quelques précautions préliminaires que nous allons résumer en quelques mots. L'opérateur s'assurera tout d'abord que son appareil fonctionne bien, surtout en ce qui concerne le rhéostat et le millampèremètre ; il s'assurera ensuite que les électrodes sont bien en rapport avec les bornes correspondantes. Ceci fait, il débarrassera la cavité le plus soigneusement possible des portions de dentine ramollie et de tous les corps étrangers ; enfin il placera la digue. Cette précaution est absolument indispensable. Il faut être tout à fait à l'abri de la salive pour faire l'électrophorèse, car, sans cela, les solutions médicamenteuses risquent d'être altérées ou tout au moins diluées, leur décomposition électrolytique peut être considérablement troublée ; enfin, la dent étant un corps inférieur à la salive comme conducteur, il arrivera forcément que le courant sera devié et ne passera plus par la dent. C'est là, selon nous, une des principales causes d'insuccès, et c'est pour ne pas avoir pris cette précaution que beaucoup d'opérateurs ont rejeté l'électrophorèse.

» Toutes ces précautions étant prises, on lave la région opératoire à l'eau stérilisée ; on introduit dans la cavité une boulette de coton imbibée de la substance médicamenteuse, et l'on place l'électrode indifférente soit sur la joue, soit dans la main du patient. On rassure ce dernier, s'il paraît timoré, et on lui recommande de faire un signe quelconque dès qu'il sentira passer le courant. Mais il ne faut, à aucun moment et sous aucun prétexte, que cette sensation soit douloureuse.

» On place l'électrode active dans la cavité, et on la fixe au moyen d'un peu de gutta, ou bien on la maintient immobile et bien appliquée au coton.

» Lorsque les électrodes sont bien en place, on tourne doucement la manivelle du rhéostat et en débutant à zéro. Il faut avoir presque constamment les yeux sur le milliampèremètre et s'arrêter dès qu'on a atteint l'intensité indiquée suivant le cas. Il n'est pas nécessaire que le patient perçoive le courant ; par contre, il faut s'arrêter lorsqu'il cause une sensation quelconque, et ne continuer à augmenter l'intensité que lorsqu'il n'est plus perçu.

» La durée de l'opération est variable. En général 4 à 5 minutes suffisent largement.

» Au bout de ce temps on ramène la manivelle du rhéostat à zéro. Il faut abaisser le courant graduellement, sans secousses brusques et n'enlever les électrodes que lorsque l'aiguille est à zéro. Sans cela, il se forme un courant de rupture qui provoque une sensation très désagréable, sinon très douloureuse pour le malade [1]. »

Nous ne doutons pas qu'on arrive grâce à la cataphorèse à obtenir l'anesthésie de la pulpe. Cependant beaucoup de patients sont très défiants à l'endroit de l'électricité et par suite ne veulent rien se laisser faire par ce moyen. Ensuite le passage du courant est ressenti et cette sensation est très désagréable pour certains malades. Enfin et surtout, tout dentiste n'a pas à la portée de la main l'installation électrique compliquée et de prix élevé nécessaire à la cataphorèse. Aussi jusqu'à présent peut-on dire que cette méthode d'anesthésie pulpaire n'a été employée qu'à titre d'exception.

Conclusions.

I. — A la dévitalisation pulpaire médiate demandée jusqu'ici à l'action de l'acide arsénieux doit faire place la dévitalisation immédiate permettant de faire en une seule séance une pulpectomie totale.

II. — Parmi les procédés d'anesthésie directe de la pulpe, le plus simple et le plus sûr est celui que nous avons décrit sous le nom de *compression analgésique* et que ses avantages multiples placent nettement au-dessus des autres procédés proposés : traumatisation brusque, réfrigération, injections analgésiques intra-pulpaires.

La compression analgésique est la méthode de choix pour toute dent atteinte de carie pénétrante, quel que soit d'ailleurs le degré d'inflammation de la pulpe.

III. — Quand il s'agit de dévitaliser une dent saine, il faut laisser de côté les méthodes d'anesthésie directe de la pulpe — et par conséquent la compression analgésique — pour recourir à l'anesthésie indirecte.

Parmi les procédés d'anesthésie indirecte jugeant :

a) *Insuffisantes*, les méthodes d'anesthésie par injections intra-gingivales à l'aide de la seringue ordinaire (Touchard, Aguilar) ;

b) *Dangereuses*, les méthodes qui emploient une grande pression pour faire pénétrer le liquide anesthésique (Welin) ;

c) *Difficiles* à pratiquer, les injections intra-dentinaires (Mayer, Vilcox-Jevet), ou cataphorèse (Pont).

Nous pensons qu'il faut donner la préférence à la méthode *d'anesthésie diploïque*, chaque fois qu'il s'agira de dévitaliser une dent saine.

---

1. A. *Pont*, Des divers traitements de l'hyperesthésie de la dentine. *Revue trim. Suisse d'Odontologie*, juillet 1905, page 209.

APPAREIL DE CONSTRUCTION SIMPLE POUR LA FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. L. Nux, de Toulouse,
Dentiste des Hôpitaux,

(Communication au Congrès international de Bordeaux, juillet 1907.)

Si nous consultons les traités spéciaux de chirurgie buccale ou de prothèse, nous trouvons la description de nombreux appareils, destinés à la contention de la fracture du maxillaire inférieur.

Jetons un coup d'œil rapide sur ces divers appareils et citons tout d'abord : la fronde de Bouisson, de Montpellier et l'appareil à double pelote et à ressort de Dubreuil pour les fractures de la symphyse, employés pour des fractures simples, sans grand déplacement.

Pour les fractures avec déplacement des fragments, les appareils de beaucoup plus nombreux peuvent se diviser en deux classes :

1° Appareils prenant point d'appui sur les dents. Ce sont :

La ligature des dents conseillée par Celse.

L'appareil de Hammond, attelles antérieure et postérieure en fil de fer, réunies par une ligature métallique passant par les interstices dentaires.

La gouttière double de Gunning embrassant les deux mâchoires et maintenue par une fronde.

Les gouttières de liège (Boyer).

Les lames de plomb réunies par des ligatures (Fauchard).

Ressorts d'acier réunis par une mortaise (Nicolle de Neubourg).

Attelle en gutta-percha (Morel Lavallée).

Attelle en vulcanite percée de trous au niveau des interstices dentaires (Henry Moons) ;

2° Appareils prenant point d'appui à la fois sur l'arcade dentaire et sur la partie inférieure du maxillaire.

Choppart eut le premier l'idée de construire un appareil muni de crochets s'appuyant sur les dents et se recourbant à l'extérieur pour s'adapter à une plaque sous-mentonnière.

Ruthenick le perfectionna en maintenant les dents grâce à une gouttière en métal garnie de deux tiges qui se fixaient à une plaque sous-mentonnière ; gouttières et plaques étaient garnies d'amadou.

Houzelot fit une gouttière supérieure garnie de liège qui portait en avant une tige creuse dans laquelle glissait une autre tige reliée à la plaque mentonnière, ce qui permettait de varier la pression à volonté.

Bullock fit une attelle en vulcanite moulée sur les dents qui la traversaient en partie, de façon qu'elles puissent s'appliquer sur les dents supérieures. Sur les côtés de l'appareil étaient fixées deux tiges métalliques qui sortaient de la bouche près des commissures, se recourbaient en bas et se terminaient par des anneaux qui servaient à les fixer à une plaque mentonnière à l'aide de cordons.

Ces liens peuvent être avantageusement remplacés par le clamp d'acier de Kingsley dans lequel la partie supérieure fixée à l'attelle dentaire et la partie inférieure sous-mentonnière sont reliées à l'aide d'une crémaillère munie d'un cliquet.

Kingsley a fait aussi une attelle en vulcanite, moulée sur les dents inférieures et pourvue de deux branches, qui sortant des commissures, se recourbent horizontalement en arrière et vont jusqu'à l'angle de la mâchoire. Des bandes de toile ou de mousseline passant sous le menton vont s'attacher à ces deux branches et remplacent l'attelle rigide sous-mentonnière. La partie supérieure de l'attelle dentaire doit recevoir les empreintes des dents supérieures reproduites en creux, de façon à changer le moins possible l'articulation normale. C'est un des meilleurs appareils que l'on puisse employer.

Le Dr Claude Martin, de Lyon, a fait un appareil qui se compose d'une plaque en tôle d'acier estampée qui se moule

très exactement sur l'arcade dentaire. Elle est recouverte par une gouttière munie d'un ressort qui suit la lèvre inférieure et va s'adapter à une plaque garnie de compresses qui s'étend sous les branches du maxillaire et suit les côtés des joues. Au bout de ces branches s'attache une lanière de caoutchouc passant sur le sommet de la tête. Cet appareil peut être compté parmi les meilleurs, mais il réclame comme ces derniers l'intervention d'un dentiste expérimenté.

Il a été modifié par Martinier qui a remplacé le ressort par deux vis qui maintiennent les deux gouttières et que l'on peut serrer séparément suivant le besoin.

Delair a construit une gouttière en étain et une mentonnière en aluminium, de fabrication plus simple que les appareils précédents.

Nous pourrions encore citer les appareils d'Angle, les gouttières de Hunter, fixées au ciment, la suture, la ligature osseuse, etc., etc... mais cela nous entraînerait trop loin.

Pourquoi existe-t-il une si grande variété d'appareils pour le traitement d'une fracture relativement rare comme la fracture du maxillaire inférieur.

Il y a, croyons-nous, à cela deux raisons :

La première, c'est que les appareils simples, comme la fronde, la ligature des dents, sont la plupart du temps inefficaces ou inapplicables.

La deuxième, c'est que les appareils vraiment efficaces sont le plus souvent de construction compliquée et d'ajustage difficile. Voici, en effet, la technique employée pour construire ces appareils :

On prend une empreinte de la mâchoire fracturée sans se préoccuper de la non-réduction de la fracture. On prend ensuite l'empreinte de la mâchoire supérieure et on coule du plâtre dans ces empreintes pour obtenir le moulage des deux mâchoires. Le moulage de la mâchoire inférieure fracturée est scié au niveau du trait ou des traits de la fracture, et arrangé de façon que les dents inférieures s'articulent normalement avec les dents de la mâchoire supérieure dont

on a le modèle. C'est sur ce modèle inférieur qu'on confectionne l'appareil. Puis, suivant le genre d'appareil que l'on veut faire, on construit soit une mentonnière, soit des attelles latérales pour retenir les liens qui doivent maintenir à la fois l'arcade et le menton.

Ces diverses opérations fort simples, en apparence, présentent en réalité des difficultés assez grandes et nécessitent une perte de temps assez considérable.

Deux cas de fracture du maxillaire dans lesquels nous aurions eu quelque difficulté à placer des appareils employés usuellement, nous ont poussé à rechercher s'il ne serait pas possible de faire un appareil de construction plus simple que ceux actuellement en usage, et présentant les mêmes garanties au point de vue de la contention parfaite de la fracture et de la solidité.

Dans le premier cas, nous avions à faire à un enfant de 6 ans, présentant une fracture de la branche droite du maxillaire à l'union du tiers antérieur avec les 2/3 postérieurs. Cet enfant de la campagne se balançait, assis sur la chaîne qui se trouve au bout des brancards d'une charrette chargée de foin. La charrette avait tourné sur ses deux roues et un brancard, en s'abaissant, lui avait fracturé le maxillaire.

La dentition était dans un état déplorable. Toutes les dents antérieures, jusqu'au siège de la fracture, étaient absolument détruites par la carie aussi bien à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Il ne restait guère dans le bas que la deuxième molaire du côté droit, la première et la deuxième molaire du côté gauche. A la mâchoire supérieure, nous n'avions en avant qu'une canine aux trois quarts détruite.

Il ne fallait pas songer à construire un appareil avec les dents pour point d'appui. L'enfant était très indocile, avait une bouche petite, une tuméfaction considérable et douloureuse de la mâchoire.

La suture osseuse, qu'on aurait pu employer chez un adulte, présentait ici de graves inconvénients, car à cet âge,

les follicules dentaires des dents permanentes se trouvent en plein développement et la perforation de la branche du maxillaire aurait pu léser les germes dentaires en voie d'évolution.

Nous eûmes recours dans ce cas, à une attelle double de Gunning faite en gutta-percha, nous servant de la mâchoire supérieure pour maintenir les fragments inférieurs.

Une fronde tenait les deux mâchoires en contact. La fracture se consolida parfaitement sans déformation consécutive et l'appareil fut retiré vers le 27e jour.

Le deuxième cas :

Un homme de 45 ans environ, palefrenier, avait reçu sur le menton un coup de pied de cheval qui lui avait fracturé le maxillaire en deux endroits, au niveau des trous mentonniers ; à gauche, au niveau de la première prémolaire, les fragments présentaient un déplacement d'un centimètre environ ; à droite, on sentait la crépidation et la mobilité du fragment mentonnier, mais l'écartement des fragments était moins grand qu'à gauche.

Le malade présentait un œdème considérable de la face, un décollement de toute la portion gingivale au niveau du menton, et une large plaie buccale du côté gauche.

Il présentait, de plus, de la commotion cérébrale qui le rendait à peu près inconscient, et il était très difficile de le tirer de sa torpeur pour lui faire ouvrir la bouche ou lui demander quelques renseignements.

On avait déjà fait une suture osseuse pour immobiliser les fragments ; mais, au bout de quelques jours, la mobilité avait reparu, empêchant la bonne tenue de la suture.

On nous demanda alors de construire un appareil prothétique. Devant l'état de prostation du malade, nous n'osâmes pas lui imposer des souffrances supplémentaires par des prises d'empreinte répétées et des ajustages multiples, et c'est alors que nous eûmes l'idée de placer l'appareil suivant (fig. 1).

Cet appareil, qui nous a donné des résultats très satisfaisants, se compose de deux parties .

1° Un porte-empreinte du bas au fond plat, que l'on garnit de godiva ou de stents jusqu'au ras du bord ;

2° Une attelle en fil de fer doux, rond, de 3 millimètres d'épaisseur et de 30 centimètres de longueur environ. Ce fil est façonné à l'étau en forme d'Y. Ses branches sont légè-

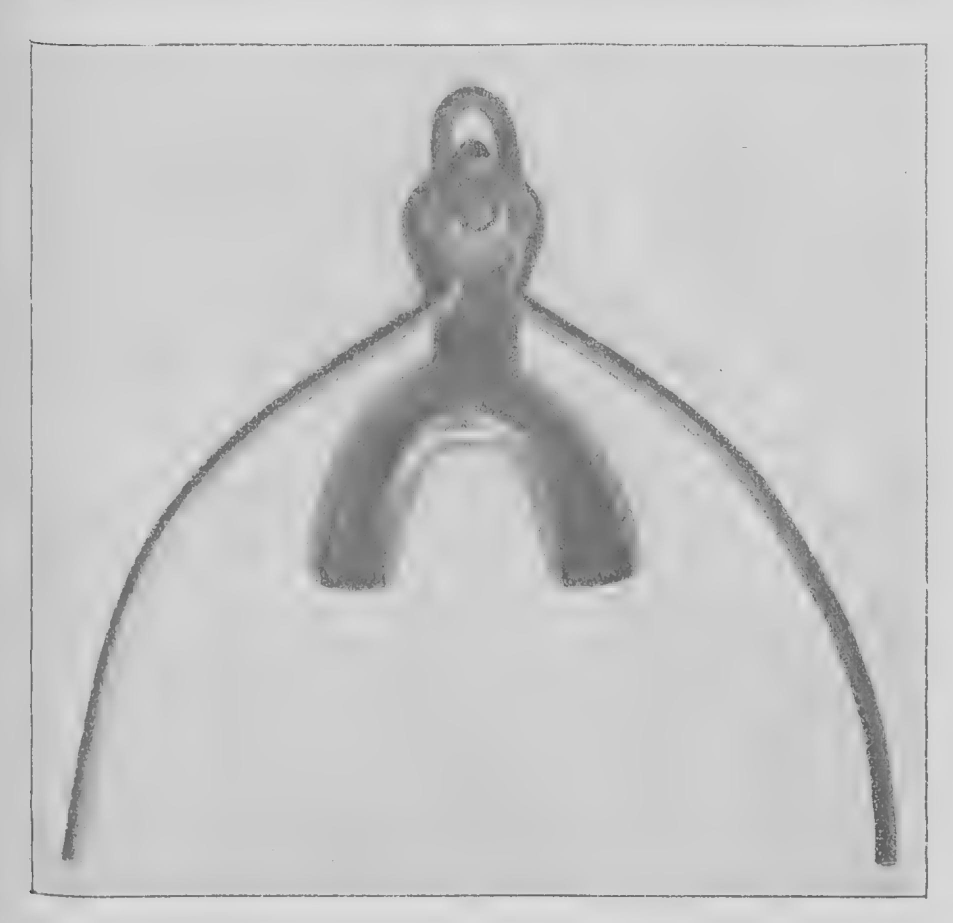


Fig. 1.

rement cintrées pour épouser le contour du maxillaire et le pied de l'Y forme une espèce de manche qui doit se superposer au manche du porte-empreinte.

L'application de l'appareil est des plus simples :

On met le porte-empreinte, garni de sa matière à empreinte, dans de l'eau bouillante pendant deux minutes environ et le godiva est alors suffisamment ramolli pour que l'appareil puisse être mis en place.

On l'introduit dans la bouche, puis avec l'index de chaque main on presse sur les branches latérales tandis qu'avec les pouces placés dans le menton on presse sur les fragments de façon à les mettre bien en contact. On fait ensuite fermer la bouche au malade en continuant de faire avec le plat de la main une pression sous mentonnière.

On fixe alors l'attelle en fil de fer, sur le manche du porte-empreinte, soit à l'aide d'un boulon et d'un écrou, soit à l'aide d'une ligature. On met sous le menton une planchette matelassée que l'on maintient par une bande passant sous le menton et venant se réfléchir de dedans en dehors sur les deux branches latérales. On ramène en dessous les deux chefs de la bande et l'on fixe par un nœud. On peut même, si l'on veut ramener les deux chefs de la bande derrière le cou, mais cela n'est pas indispensable.

L'appareil étant ainsi mis en place, on voit que les fragments sont maintenus en haut par le fond du porte-empreinte, en bas par la partie plate de la planchette, et latéralement par le godiva durci. Il permet au malade d'ouvrir la bouche, de parler et de s'alimenter.

Pour avoir de bons résultats, il faut avoir soin de ne pas laisser déborder la matière à empreinte qui refoulerait trop les gencives et empêcherait les lavages antiseptiques indispensables dans le cas de fracture compliquée. Le godiva doit donc s'arrêter au bord gingival et laisser la muqueuse à découvert dans la mesure du possible. Rien n'empêche, d'ailleurs, de le retailler après coup avec un canif ou une spatule chaude.

On peut, par précaution, avant de mettre l'appareil en place, limer les bords inférieurs du porte-empreinte sur la ligne médiane en arc de cercle pour diminuer le plus possible la gêne que pourrait causer l'appareil du côté de la lèvre inférieure et du frein de la langue. On peut aussi, à la lime, enlever une portion de l'angle externe et supérieur vers le fond, et percer un trou au niveau des prémolaires. De cette façon, les grosses molaires supérieures peuvent déborder à l'extérieur, sans buter à la plaque, les prémo-

laires s'engrènent plus facilement, et l'articulation reste aussi peu élevée que possible.

L'appareil que je viens de vous décrire n'est en somme qu'un appareil de Kingsley divisé en deux parties ajustables, les attelles s'adaptant à l'appareil après l'application de la gouttière.

En dehors de son application et de sa construction plus faciles, il présente, comme avantages sur ce dernier, une force de résistance plus grande des attelles externes. Dans le Kingsley, en effet, les branches fixées dans la gouttière en vulcanite travaillent en torsion, et une pression plus forte risque de faire éclater la paroi externe de la gouttière, si l'on n'a pas eu le soin de bien aplatir l'extrémité de la branche métallique incluse dans le caoutchouc, et de donner à ce dernier une forte épaisseur.

Dans l'appareil que nous présentons, au contraire, la force de résistance n'a pour limites que la résistance à la rupture du manche du porte-empreinte. Or, à l'aide d'un dynamomètre, nous avons essayé la résistance de l'appareil. Le porte-empreinte étant maintenu dans un support fixe, la traction a pu aller jusqu'à vingt-trois kilogs sans amener la rupture du porte-empreinte ou des branches latérales. Cette pression n'est sûrement pas nécessaire pour maintenir solidement l'appareil, mais nous avons fait cet essai pour répondre aux objections qu'on pourrait nous faire sur sa solidité réelle.

La fixation de l'attelle sur le porte-empreinte présente aussi quelques avantages précieux. Elle laisse un léger degré de mobilité des branches externes et peut permettre, par conséquent, sans inconvénients, le décubitus latéral. On sait que c'est là le reproche le plus grave qu'on ait fait jusqu'ici à cet excellent appareil de Kingsley, et qui a empêché que son emploi fut aussi généralisé qu'il le mériterait à cause de sa construction facile et de son efficacité véritable. D'ailleurs, M. Mahé, dans sa thèse de doctorat, l'a suffisamment réhabilité pour que nous n'insistions pas davantage sur ce point.

On pourra toutefois nous objecter que l'appareil que nous vous présentons ne nous permet pas de savoir à l'avance si l'articulé des dents est parfait.

Cela est vrai, mais nous pensons que ce n'est pas tant l'engrènement parfait qu'il est indispensable d'obtenir, mais plutôt la correspondance des mâchoires, et cela nous pouvons l'obtenir puisque nous nous guidons sur le bord inférieur du maxillaire que nous maintenons en place convenable pour que la fracture soit bien réduite. On pourrait, d'ailleurs, régulariser à la meule les petites irrégularités d'articulation qui auraient pu se produire pendant la consolidation de la fracture.

Pour terminer, disons que cet appareil de construction simple et d'application facile pourrait présenter en temps de guerre des avantages très appréciables, puisqu'il suffirait d'avoir sous la main deux ou trois porte-empreintes de largeur différente garnis de godiva ou de stents, ou même de gutta-percha et de quelques attelles en fil de fer préparées à l'avance.

Dans ces conditions spéciales, un chirurgien, non dentiste, ne se trouve plus désarmé devant une fracture du maxillaire, mais il peut, au contraire, avec facilité, placer un appareil suffisamment solide pour maintenir la fracture, et qui pourra permettre au malade de s'alimenter convenablement et d'être évacué sur un hôpital, sans avoir à supporter les douleurs et les complications qui pourraient résulter d'une fracture non réduite, ou maintenue simplement par une fronde.

CONGRÈS DE REIMS

Du 1er au 6 août 1907.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

COMPTE RENDU

Par M. Pailliottin,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Le 36e Congrès de l'A. F. A. S. marquera une date dans l'histoire de la dentisterie et les considérations que suggèrent à notre esprit les belles et intéressantes séances auxquelles nous avons assisté cinq jours durant, ont été du reste merveilleusement exprimées dans le discours d'inauguration du président de la Section d'Odontologie, M. Francis Jean, et je ne puis mieux faire, pour dépeindre les sentiments qui m'animent, en présence de cette manifestation si brillante de notre vieille science odontologique, que de reproduire les grandes lignes de cette légitime revendication de nos droits à l'autonomie que certains nous contestent si âprement.

Après avoir remercié de l'honneur qui lui avait été fait en l'appelant à la présidence de la section, de l'empressement avec lequel le Comité d'organisation local présidé par notre confrère Lee lui avait facilité sa tâche d'organisation du Congrès ; après avoir adressé aussi ses remerciements aux nombreux membres (plus de 200) qui avaient répondu à son appel, M. Francis Jean a dit que le nombre des communications ou démonstrations (plus de 120) indiquait clairement que les odontologistes étaient toujours ce qu'ils ont toujours été : les pionniers de l'art dentaire. Au moment où le Comité d'organisation du Congrès de Budapesth ferme ses portes aux dentistes, au moment où une minorité de praticiens de l'art dentaire veut évincer ceux qui ont créé en France l'enseignement dentaire, à ce moment, disons-nous, ces ouvriers de la première heure prouvent qu'ils sont encore et toujours des travailleurs convaincus que leur spécialité est assez vaste pour que, seules, les connaissances qui y ont trait puissent occuper toutes les années qu'ils ont à consacrer aux études nécessaires à une éducation professionnelle, non pas complète, mais presque complète. Notre profession, en effet, est si multiforme, si complexe que nous étudions toute notre vie pour nous tenir au courant

des progrès incessants de la science odontologique et malgré nos études spéciales, nous restons étudiants jusqu'à la fin de notre carrière.

M. Francis Jean souhaite l'union de tous les dentistes français autour de notre vieux drapeau odontologique ; il pense que les organisations régionales ont leur raison d'être, mais que les efforts éparpillés ne sont pas efficaces, seul, le groupement total des dentistes français pourra faire aboutir nos revendications surtout lorsque celles-ci seront étayées par des manifestations comme le Congrès de Reims. Il déplore nos querelles intestines et nous cite l'exemple de Bordeaux où l'Etat s'est emparé de l'enseignement dentaire.

Il recommande de nouveau l'union générale pour éviter des faits de cette nature et demande que celle-ci soit aussi complète sur les questions de politique professionnelle que sur le terrain scientifique, sans quoi nos adversaires, profitant de notre désunion, pourront nous frustrer de nos droits pourtant si légitimes.

Malheureusement, une triste nouvelle vient assombrir notre réunion. Le président nous apprend la mort du professeur Miller, anciennement à Berlin et depuis doyen de l'Université de Michigan. Ceux d'entre nous qui ont assisté à la conférence sur l'érosion que nous fit à l'Ecole dentaire de Paris le Pr Miller lors de son départ en Amérique, ceux qui connaissaient les tendances si nettement odontologiques de cet éminent savant, comprendront l'émotion qui s'est emparée de nous, et nous a incités à lever la séance en signe de deuil, après avoir voté l'envoi de la dépêche suivante :

« La Section odontologique de l'A.F.A.S. réunie à Reims, le 1er août 1907 et la délégation française à la F. D. I. dans un mouvement spontané de confraternité, adressent à la famille du professeur Miller l'hommage ému de leurs condoléances pour la perte qu'elle vient d'éprouver en même temps que la science et la profession dentaire universelles, et lèvent la séance en signe de deuil. »

Cet hommage rendu au grand disparu, la séance après une interruption fut reprise pour la lecture des communications.

Nous avons eu, pour le début de notre session, le rapport de notre confrère A. Barden, sur la *Pulpectomie totale et immédiate*.

M. Godon. — Les accidents rapportés au sujet de la méthode Welin sont, le plus souvent, dus à une faute de technique et le rapporteur n'a pas, à son avis, suffisamment insisté sur l'antisepsie ; le forage des dents (méthode de Mayer) doit se faire sur la face palatine plutôt qu'au collet.

M. Sauvez. — La traumatisation brusque ne peut être considérée comme une anesthésie ; les malades ayant subi la réfrigération n'en ont pas aussi peur que le dit M. Barden ; la compression pulpaire ne permet pas de savoir si on a bien enlevé les filets radiculaires, le malade n'accusant aucune souffrance ; de plus l'arrêt de l'hémorragie

par l'adrénaline peut n'être que momentané ; si la pulpe est enflammée, l'anesthésie est difficile à obtenir ; pour l'injection gingivale M. Sauvez la considère comme insuffisante pour amener l'anesthésie pulpaire et pense que l'injection n'agit que sur le ligament, non sur le tronc nerveux. Au sujet de la méthode Welin qu'il a du reste abandonnée, il pense qu'elle est basée sur une injection périostée ; après l'avoir employée dans quinze cas (dont dix bons, quatre avec périostite intense et un cas d'eschare) il croit que ses insuccès sont dus au liquide et que ce sera la méthode d'avenir lorsque celui-ci aura subi les modifications nécessaires, notamment au sujet de l'adrénaline synthétique qui y est incorporée et qu'il croit très escharotique.

Au sujet de l'anesthésie diploïque, il réserve son opinion, n'ayant pas utilisé ce procédé et demande si M. Nogué anesthésie superficiellement avant l'injection.

M. Etchepareborda dit avoir remarqué une corrélation entre l'âge et le succès des pulpectomies par compression.

M. Roy s'élève contre la tendance qui se manifeste de faire croire que l'anesthésie immédiate réussit toujours, ce qui est faux, dans les cas notamment où la pulpe est très enflammée ; dans d'autres cas on échoue sans raison apparente ; il croit que l'acide arsénieux ne doit pas être proscrit d'une façon absolue, mais qu'on doit être éclectique. Il pense que l'hémorragie est une contre-indication à l'obturation immédiate.

M. Quintin demande à M. Barden comment il opère quand il y a du pus dans un ou deux canaux : fait-il là aussi de la compression ?

M. Thuillier emploie pour la compression depuis de longues années du chlorure de zinc liquéfié par son exposition à l'air libre au lieu d'alcool ; il ferme sa dent de suite après avoir lavé à l'eau bouillie stérilisée et à l'alcool absolu.

M. F. Jean dit que l'acide arsénieux ne doit pas être employé autant que possible ; si le temps manque à la première séance pour faire la pulpectomie, on fera un pansement calmant ; dans les cas réfractaires à l'action de la cocaïne, l'acide arsénieux lui non plus ne donne rien.

M. Barden répond que les insuccès de la méthode de Welin sont dus à la technique ou au liquide ; qu'il n'a pas parlé de l'asepsie justement parce qu'il pense que nous en observons toujours toutes les règles ; que l'on peut et sans doute que l'on anesthésie superficiellement, mais, pour l'anesthésie diploïque, que d'après ses expériences il ne juge pas cette anesthésie nécessaire, la douleur étant moindre qu'on ne le croit généralement ; que dans les cas où il y a suppuration comme le dit M. Quintin, il nettoie d'abord le pus par des lavages et des pansements phéniqués.

M. Pincemaille. — Traitement conservateur dans la pulpite.

L'auteur croit que, contrairement à l'opinion admise, la pulpe enflammée et ayant donné lieu à des troubles pathologiques, peut être conservée. Ce résultat s'obtient en ramenant cette pulpe irritée à son état normal par un traitement spécial basé sur les propriétés bactéricides de certaines essences. Lorsque l'organe dentaire est peu atteint (pulpite subaiguë) il revient très bien à ses fonctions normales sous le plombage et continue à sécréter de l'ivoire secondaire. Lorsque l'infection est plus profonde (pulpite aiguë) il peut encore être conservé et est capable, mais *seulement dans quelques cas*, de sécréter de la dentine secondaire. Dans les cas de pulpite chronique, les débris pulpaires peuvent encore être conservés, mais l'organe ne se reforme pas.

La valeur de ces résultats est prouvée, dit l'auteur, par de nombreuses expériences et par 150 observations rigoureusement étudiées qui sont en corrélation parfaite avec les travaux de M. Cavalié sur la réaction odontoblastique condensante et de MM. Blaizot et Caldaguès sur certaines essences.

M. Ducournau voudrait savoir à quelle température est l'air chaud ; comment l'auteur aseptise sa dent, car nulle part il ne parle de la pose de la digue qui lui semble indispensable ; s'il bouche ses dents de façon occlusive ou non, si le pansement est ou non compressif. Il pense aussi que le ciment mis en contact direct avec la pulpe doit comprimer et irriter celle-ci.

M. Roy dit que la question de la pathologie pulpaire est complexe et obscure ; on ne sait pas pourquoi, par exemple, la pulpe non exposée mais irritée tantôt se mortifie, tantôt fait de la dentine secondaire. Il croit que la pulpe après avoir été exposée peut se conserver vivante, mais ne fera plus de dentine secondaire et n'arrivera jamais à en faire pour obturer un pertuis.

M. Sauvez dit que les théories de l'auteur sont en désaccord avec tout ce que l'on sait actuellement ; que le phéno-salyl est très caustique et doit agir violemment sur la pulpe ; il ne croit pas du tout à la production de dentine secondaire comme l'auteur l'indique.

M. Godon regrette l'absence de M. le professeur Cavalié qui lui avait parlé de cette communication. Il rappelle des cas de conservation pulpaire datant de 8 à 10 ans par la méthode de Witzel ; il croit donc à la possibilité de conserver des pulpes déjà atteintes, mais ne croit pas à la production, aussi rapide que l'indique l'auteur, de dentine secondaire.

M. Barden pense que dans les cas où la pulpe est superficiellement attaquée, car l'organe n'est pas dès le début malade en totalité, on peut conserver vivante une portion de pulpe non atteinte, mais ne

croit pas que les parties malades puissent se guérir ; il faut en faire l'ablation.

M. F. Jean encourage l'auteur dans ses recherches bien que n'ayant qu'une confiance relative en l'excellence de sa méthode.

M. Roy. — L'amputation de la pulpe et ses résultats éloignés dans le traitement de la carie du 3e degré.

1° L'extirpation des filets radiculaires est une opération souvent douloureuse et qui présente certains dangers opératoires ;

2° Cette extirpation n'est pas nécessaire, si la pulpe étant enlevée les filets radiculaires sont traités antiseptiquement ; dans ces conditions, la pulpe peut se conserver en parfait état de santé ;

3° Les filets radiculaires ainsi traités peuvent conserver leur vitalité parfois pendant plusieurs années ; mais ils subissent, au bout d'un temps plus ou moins long, une momification aseptique qui n'entrave en rien la conservation de la dent ;

4° Sur des dents ainsi traitées depuis plus de 15 ans, l'auteur n'a jamais observé aucun accident infectieux ultérieur ;

5° Les principales précautions à prendre sont : 1° l'antisepsie rigoureuse de la dent ; 2° éviter que la pâte antiseptique que l'on doit placer dans la chambre pulpaire n'exerce de compression sur les tronçons radiculaires ;

6° Ce traitement peut s'appliquer aussi bien aux dents temporaires qu'aux permanentes ; il en résulte une simplification de traitement aussi heureuse pour le patient que pour l'opérateur avec une conservation parfaite de la dent.

M. Ducournau dit que les filets radiculaires sont détruits après l'application de l'acide arsénieux et que le pansement indiqué par M. Roy ne fait qu'empêcher leur décomposition.

M. Etçhepareborda. — Après l'acide arsénieux on trouve parfois les filets vivants ; on peut mettre du ciment au fond de la cavité.

M. Barden dit qu'il ne s'occupe pas de la vitalité ou de la mort des filets qu'il cherche seulement à scléroser.

M. Sauvez dit que M. Roy reconnaît que parfois ses malades ont de la sensibilité au chaud et un peu de périostite ; qu'avec l'extirpation totale on a le maximum de succès et que dans le traitement de M. Roy il y a une part d'aléa. Si la carie récidive en un autre point, et pénètre jusqu'au canal il y aura infection qui aurait été évitée par l'obturation des canaux.

M. Godon dit qu'il est possible dans certains cas, par le coiffage, de supprimer le cathétérisme des canaux ; on ne peut pas toujours avoir la certitude du succès dans tous les traitements de canaux et que la radiographie peut nous donner d'utiles indications à cet égard.

M. F. Jean constate que le plus grand nombre des praticiens pense

que la meilleure méthode est l'extirpation totale ; néanmoins il dit, qu'en l'état actuel, on fait encore, involontairement, des opérations incomplètes et que ce sont celles-ci qui sont causes des insuccès qu: l'on observe quelquefois.

M. Roy signale que, en parlant du traitement du troisième degré, on oublie trop de parler des canaux étroits, contournés, plus ou moins inaccessibles. Tous les opérateurs ont pu observer parfois, après l'obturation des canaux, un peu de sensibilité de la dent et ce n'est pas autre chose qu'il a signalé en parlant des incidents possibles au cours du traitement par l'amputation de la pulpe et des moyens de les éviter.

Il insiste sur les heureux résultats que, depuis plus de quinze ans il obtient avec ce procédé. S'il a signalé quelques inconvénients, c'est parce qu'il pense que, en présentant un traitement, il convient d'être absolument sincère dans l'énoncé des résultats. Ces inconvénients il les a surtout remarqués au début dé sa pratique, ils ont toujours été anodins et ont disparu spontanément, sauf dans deux cas où il a fait alors l'extirpation des filets radiculaires. Il fait remarquer que, en cas d'échec, la seule complication ne consiste qu'en l'extirpation des filets radiculaires et l'obturation des canaux, ce qui fait simplement rentrer le cas dans le traitement ordinaire.

M. Lee. — Anomalies multiples.

M. Lee, de Reims, présente un sujet porteur d'une double anomalie de nombre et de direction. De l'observation qu'il en donne, il faut déduire que les influences ataviques jouent un rôle considérable dans la production des anomalies. A son avis, ce sont les mêmes follicules dentaires qui ont donné lieu à la production des deux dents surnuméraires de lait et des deux surnuméraires permanentes. Enfin l'anomalie de direction résulte en grande partie de la présence des deux dents surnuméraires.

M. Roy croit que les incisives permanentes sont les deux dents de droite, et que les deux de gauche sont des surnuméraires ; il préconiserait l'extraction de ces deux dents et le redressement des deux autres, mais voudrait une radiographie pour donner un avis motivé.

M. Ducournau enlèverait d'abord la dent qui est le plus dans la voûte palatine et attendrait ensuite l'éruption de la canine pour faire le redressement, ce que *M. Roy* combat en disant que l'attente compliquerait encore l'opération par suite de l'arrivée des canines.

M. Rubbrecht préconise également la radiographie ; exprime la même idée que M. Roy au sujet des dents permanentes, pense aussi à faire le redressement de suite, et que la difficulté résidera surtout dans le maintien des résultats acquis.

M. Blondel trouve ce cas facile parce que l'articulation des dents de 6 ans est normale.

M. F. Jean est d'avis qu'il faut radiographier, enlever un organe surnuméraire de chaque côté et placer un appareil à poste fixe.

MM. G. Villain et M. Rubbrecht conseillent un appareil d'Angle.

M. DELAIR. — APPAREILS DE PROTHÈSE RESTAURATRICE.

M. Delair extrêmement ingénieux comme toujours présente une série d'appareils remarquables pour divers cas de prothèse restauratrice qu'il a eu à solutionner.

1° *Prothèse bucco-faciale à la suite de coup de feu.* — Il s'agissait dans ce cas de remplacer le menton, la lèvre inférieure, la lèvre supérieure et d'obturer l'immense solution de continuité accidentelle de la voûte palatine et de l'antre d'Highmore du côté droit. A la pièce prothétique du haut s'adaptent par un jeu de glissière un nez et une lèvre en caoutchouc, mou et peint. La pièce labio-mentonnière du bas s'applique par un jeu de glissière semblable à une pièce dentaire inférieure. Cette dernière représente une gouttière en argent à double étages parallèles, l'un en argent estampé, l'autre en étain. Cet appareil lourd permet à la fois la mastication et libère la langue qui sans application de prothèse se trouve encastrée sous forme d'un tronçon entre les fragments droit et gauche de la mandibule.

2° *Extenseur du voile du palais après la staphylorraphie.* — A la suite de cette opération il arrive que la rétraction du voile est telle que sa partie postérieure dans les mouvements d'élévation ne touche pas la paroi supérieure du pharynx. L'appareil présenté est une plaque vélo-palatine munie au niveau de l'union de la portion osseuse avec la portion membraneuse de la voûte d'une charnière portant un voile en caoutchouc mou protégeant le voile membraneux du contact d'un ressort en forme de demi-cercle,qui est adapté à la charnière de telle façon qu'il exerce une pression graduable et continue sur le voile. A la suite de cette pression on obtient une extension continuelle suffisante pour établir les rapports normaux entre le voile et le pharynx.

3° *Appareils caverneux de restauration médiate du maxillaire supérieur.* — M. Delair présente trois appareils, dont un faisant partie de la pièce de restauration décrite plus haut ; il préconise les appareils en métal comme donnant des résultats supérieurs à ceux obtenus avec les appareils en caoutchouc. Il supprime toute la partie correspondante à l'intérieur de la bouche d'un appareil creux et il obtient ainsi une bien plus grande liberté pour la phonation à cause du volume plus grand de la cavité buccale obtenu de cette façon.

4° *Voile du palais pour les jeunes enfants fissurés.* — C'est un appareil en métal dont la face nasale est munie d'une surélévation en caoutchouc venant prendre point d'appui sur la face supérieure des apophyses palatines du maxillaire supérieur et sur les apophyses horizontales

des palatins. L'appareil est maintenu en avant de l'arcade par une fourche qui s'introduit par un pivot dans un tube adapté à la portion postérieure de la pièce. La pièce porte à la portion postérieure un voile en caoutchouc mou.

5° *Larynx artificiel.* — M. Delair ne présente pas officiellement cet appareil qui est considérablement perfectionné parce qu'il n'a pu décider le malade à venir à Reims.

M. Delair ne peut présenter non plus le malade porteur d'une pièce de prothèse métallique du crâne qu'il montrera à la séance de la Société d'Odontologie du mois d'octobre.

Inutile d'ajouter que l'on a une fois de plus fait compliment à notre confrère de son ingéniosité et de son adresse et qu'il a rencontré ici le succès qui accompagne chacune de ses présentations de malades ou d'appareils.

M. Frey. — Erosion dite chimique. — Terrain et érosion chimique.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Toute étude de l'érosion doit tenir compte de ses deux périodes : active et d'arrêt ;

2° La cause *efficiente* de l'érosion est dans la généralité des cas le brossage trop énergique avec des préparations trop rudes ;

3° Mais il faut, pour que ce traumatisme produise une lésion, étant donnés les caractères cliniques de cette lésion et les considérations tirées de l'âge, du milieu buccal, de la calcification des dents, de la marche de la maladie, il faut une *prédisposition* que l'on trouve dans l'arthritisme (troubles de la nutrition générale, hyperproductions acides, dyscrasie organique, trophonévroses) et plus particulièrement une dyscalcification dentaire.

Si l'érosion n'est qu'un accident de brossage, elle n'est pas digne de retenir notre attention, mais si comme j'en suis convaincu elle est une des manifestations locales d'un état général, si surtout elle est un avertissement pour l'avenir, alors je suis heureux de m'être élevé contre l'exclusivisme de M. le professeur Miller (de Berlin) et d'avoir posé ce problème dans notre spécialité où comme toujours dentiste et médecin doivent collaborer.

M. Roy avait la même opinion que M. Frey au sujet de l'érosion avant les travaux du professeur Miller ; mais, depuis ceux-ci, il croit que la cause générale n'a pas d'influence ; il dit avoir observé comme Miller que l'érosion ne se développe pas chez les gens qui ne se brossent pas les dents avec une poudre ce qui est le point essentiel. Les obturations métalliques s'usent parallèlement avec les dents, ce qui montre que ce n'est pas un processus physiologique, les dents en retrait ne sont pas atteintes.

La théorie de Zamensky lui paraît infirmée par ce fait que l'usure débute par l'émail dans lequel il n'y a pas de dentoïdine, M. Roy n'a pas observé comme M. Frey l'arrêt de cette affection à un âge déterminé à moins que le brossage *avec la poudre* ne fut supprimé. Quant au fait que la pyorrhée succède souvent à l'érosion il s'explique ainsi : l'érosion se produit plus facilement chez les gens ayant du déchaussement des dents ; tant que ces individus brossent leurs dents dans toute leur étendue avec une poudre, ils ont de l'érosion mais n'ont d'infection du collet, partant pas de pyorrhée ; mais s'ils cessent de brosser les points déchaussés, souvent parce qu'ils sont devenus moins accessibles à la brosse, les dents ne s'usent plus à cet endroit, d'où arrêt de l'érosion, mais l'infection du cul-de-sac gingival se produit à cet endroit, d'où développement de la pyorrhée.

La minéralisation excessive des dents est une cause prédisposante de l'érosion ainsi peut-être que certains troubles de calcification, et aussi une disposition anormale des prismes de l'émail,comme M. Roy l'a indiqué lors de la conférence de Miller.

M. Ducournau admet les conclusions de Frey et demande, si l'érosion est simplement d'origine mécanique, pourquoi cette lésion ne se manifeste pas sur toutes les dents situées au même niveau sur l'arcade dentaire ?

M. Barden croit à la prédominance des causes générales ; il a constaté des cas d'érosion chez des gens qui ne se brossent jamais les dents ; il en a trouvé à la face linguale des incisives chez des gens qui n'avaient jamais porté d'appareils prothétiques.

Il cite aussi le cas d'une de ses patientes, atteinte de fièvre typhoïde, qui pendant la période active avait des douleurs intolérables dans son système dentaire; ces douleurs disparurent avec la fièvre, mais la patiente présente actuellement sur toutes ses dents de petites érosions qui n'existaient pas auparavant.

M. Godon croit un peu au terrain, beaucoup aux causes mécaniques.

M. G. Villain rapporte un cas d'érosion sur les faces proximales d'incisives que l'interrogatoire très minutieux du malade lui a révélé ne pouvoir ressortir des causes mécaniques.

M. Francis Jean croit que sans l'usage de la brosse, les malades qui font de l'érosion auraient de la carie du collet.

M. Frey répond que tout le monde est d'accord avec lui, les uns donnant la prédominance aux causes mécaniques qu'il n'a jamais eu la prétention de nier, les autres reconnaissant avec lui que les causes générales jouent un rôle important dans l'étiologie de l'érosion.

M. DUCOURNAU. — UN CAS DE RESTAURATION BUCCO-FACIALE.

Le sujet présenté s'est tiré deux coups de fusil Lebel dans la région sous-mentonnière et, il a, à la suite de cette tentative de suicide,

perdu une grande portion du maxillaire inférieur, toute la partie antérieure du maxillaire supérieur en même temps que l'ossature nasale était complètement fracassée. L'appareil construit par l'auteur lui est très utile au point de vue fonctionnel et reconstitue d'une façon satisfaisante l'esthétique de son visage.

L'appareil est en effet suffisamment esthétique. Le malade le remet et l'enlève avec beaucoup de facilité et cela a valu à notre confrère les félicitations des membres présents.

M. Georges Villain. — Les appareils expanseurs en orthodontie[1].

M. Villain était chargé du rapport sur cette importante question mise à l'ordre du jour du Congrès.

Après quelques considérations générales sur l'expansion en orthodontie, les causes de l'atrésie, et la démonstration du mécanisme physiologique de l'expansion, M. Villain établit les règles générales essentielles qui doivent régir les interventions en orthodontie et l'expansion en particulier. Il étudie ensuite les avantages et les inconvénients des différents appareils employés et, de cette étude comparative, sans cependant vouloir être traité d'absolutiste, il tire la conclusion que l'emploi des appareils à arc à point d'appui fixe pour l'expansion comme pour tout autre traitement des anomalies de position des dents est la méthode de l'avenir.

M. Godon. — Les irrégularités dentaires au point de vue de la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire.

En conformité du principe général qui domine l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique de l'odontologie sur la nécessité impérieuse de maintenir ou de rétablir l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires, principe qu'il a exposé l'année dernière à Lyon, M. Godon explique les applications de ce principe aux traitements des irrégularités dentaires. Comme les extractions, les caries, l'arthrite alvéolo-dentaire, les irrégularités provoquent des troubles de l'articulation inter-arcades dentaires ou d'occlusion.

Il présente un tableau schématique de la classification d'Angle qu'il recommande pour le diagnostic et les indications du traitement des irrégularités ainsi que la formule de M. Pont, de Lyon, pour déterminer l'étendue de l'expansion des arcades à obtenir.

Il préconise aussi l'emploi de la force inter-maxillaire dit ancrage de Baker pour remplacer les appareils destinés à produire le saut de l'articulation (Jumping the bite) et fait l'historique de ce procédé de redressement et il termine en présentant quelques observations

1. Ce rapport sera publié dans le prochain numéro.

cliniques et des modèles montés sur des articulateurs anatomiques dont il signale l'emploi (Grittman, Kerr-Parfitt, etc.).

M. Francis Jean. — Expansion des arcades dentaires et extension des maxillaires.

Il envisage l'application de ses appareils dans trois cas principaux :
1° Atrésie du maxillaire et de l'arcade dentaire supérieurs;
2° » » » inférieurs;
3° » » » supérieurs et inférieurs à la fois.

Il fait valoir les avantages et les inconvénients des appareils à poste fixe, fait ressortir les services que peuvent rendre dans des cas particuliers les appareils à plaques et conclut ainsi :

1° Réserver l'application des *appareils amovibles à plaques* aux cas où les maxillaires doivent être développés par extension pour obtenir une régularisation suffisante des arcades dentaires, et ce, de bonne heure, vers la 9e année;

2° Réserver l'application des *appareils fixes sans plaques* (bagues, arcs métalliques, ligatures, caoutchoucs élastiques, ressorts, vis, etc.) aux cas où les maxillaires étant à peu près normaux, nous voulons agir exclusivement sur les dents et cela aussitôt que l'éruption des dents permet d'y fixer ces dispositifs ;

3° En principe, ne surélever l'articulation que dans le cas où nous voulons agir simultanément sur les deux maxillaires avec des appareils à plaque, ainsi que dans d'autres cas restreints et ce, avec la plus grande circonspection.

M. P. Martinier.— Redressement vertical et parallèle de deux canines.

L'auteur présente les 10 modèles de ce redressement dont il avait présenté les modèles de début l'année dernière à Lyon et dit, que malgré ses prévisions, dont il nous avait fait part au Congrès de Lyon, l'achèvement du redressement fut très difficultueux. La principale de ces difficultés consistait dans la modification profonde amenée dans le maxillaire par le cheminement considérable des canines et qui amena le déplacement anormal des incisives; il devait agir en effet :

1° Sur les incisives pour les avancer ;
2° » » » resserrer ;
3° » canines » élonger ;
4° » » pour en amener la rotation sur l'axe.

Le sujet, très irrégulier, ne vint au rendez-vous que quand son incisive droite fut passée complètement derrière la gauche ce qui faillit faire perdre à l'auteur tout espoir de réussite. Cependant il finit

par vaincre toutes ces difficultés à l'aide de nouveaux appareils et de période de repos et d'action judicieusement alternés.

Il tire de ce cas tout à fait remarquable par le résultat obtenu des renseignements précieux pour des interventions analogues ultérieures.

M. P. Martinier. — Prothèse para-dentaire.

Présentation d'un appareil construit pour remédier à une anomalie (géantisme du maxillaire inférieur) que l'âge du sujet semblait rendre incurable. Le malade ne voulant pas se soumettre à une opération chirurgicale, l'auteur pensa à élargir artificiellement le maxillaire supérieur ; ayant remarqué que le malade n'amenait pas ses arcades au contact pour diminuer autant que possible son prognathisme, il construisit un appareil qui passant en avant des dents du maxillaire supérieur et emboîtant celles-ci, rétablit une largeur de l'arcade dentaire supérieure correspondant à celle du maxillaire inférieur.

M. P. Martinier. — Clinique de prothèse.

C'est le cas d'un malade atteint de pyorrhée alvéolaire, portant en bas un appareil d'une dent sur or, maintenu par des ailettes. Après traitement de la pyorrhée, chaque fois que le malade mettait son appareil, il souffrait par suite du contact des ailettes avec son cément dénudé. L'auteur lui fit un appareil que l'on peut appeler suspendu en contact avec les parties molles, mais non avec les parties dures, sauf sur les couronnes des première et deuxième grosses molaires sur les faces triturantes et jugales desquelles s'appuie l'appareil.

M. P. Martinier. — Prognathisme du maxillaire supérieur.

Après l'exposition de considérations générales sur la différence entre le prognathisme vrai et le prognathisme apparent et sur la nécessité où l'on se trouve parfois de se faire de la place pour réduire le prognathisme, l'auteur précise la valeur de son appareil par la présentation de redressements exécutés à l'Ecole par les élèves.

Discussion sur l'orthodontie.

En vue de gagner du temps, vu l'ordre du jour très chargé des séances, la discussion de toutes les communications relatives à l'orthodontie avait été reportée après la lecture de toutes celles-ci. Tout le monde fut d'accord pour reconnaître qu'une question aussi importante que l'orthodontie mérite plus qu'une brève après-midi et la discussion ne put être engagée à fond. Cependant nous relèverons quelques points intéressants.

M. Martinier se déclare partisan des appareils sans plaque pour la correction des irrégularités dentaires, mais non pour la correction de

celles des maxillaires et demande que dans *L'Odontologie* on ouvre une discussion sur l'orthodontie.

M. A. Rubbrecht croit pouvoir démontrer que les appareils fixes sont indiqués dans tous les cas de redressement, mais dit que la discussion de la théorie importe plus en ce moment que celle des appareils.

M. F. Jean critique l'emploi du fil de piano, susceptible de tacher les dents, et dit que l'on peut adapter la force intermittente à des appareils à plaque.

M. Godon dit que, outre les appareils, il y a aussi à envisager la théorie. Il a voulu que les théories nouvelles sur l'orthodontie soient exposées à ce Congrès et regrette que le temps fasse défaut pour les discuter. On ne doit pas en l'espèce, être absolu, mais au contraire éclectique ; il espère, avec M. Ducournau, mettre la question à l'ordre du jour des prochaines réunions en réservant le temps nécessaire à la discussion.

M. Didsbury. — Le traitement de l'onycophagie par les appareils de prothèse dentaire.

L'auteur préconise contre cette mauvaise habitude qui est presque incorrigible par les procédés habituels la surélévation de l'articulation pour empêcher les incisives d'arriver au contact.

M. Quintin rappelle que M. Franchette a employé un procédé analogue.

M. Frey dit avoir vu un patient qui avait contracté une arthrite temporo-maxillaire en rongeant ses ongles, par des mouvements de latéralité dans la région des molaires.

M. Godon se félicite de voir le domaine du dentiste s'étendre encore à une infirmité pour la guérison de laquelle les moyens médicaux sont insuffisants.

M. Ducournau. — L'or adhésif et son manque d'adhérence.

L'auteur assure que le manque d'adhérence constitue un défaut unanimement constaté et qu'il faut chercher à y remédier, en s'adressant aux fabricants qui semblent négliger la fabrication de ces sortes d'or, car il est persuadé que là gît la cause des insuccès qu'il relate.

Cette proposition est approuvée.

M. Martinier a fait les mêmes remarques que M. Ducournau ; il pense à une fabrication défectueuse.

M. Prudhomme indique un procédé qui consiste à mettre l'or entre des feuilles d'amadou ; malgré cette précaution, cependant, les résultats sont loin d'être parfaits.

M. G. Villain a remarqué que l'or n'était pas suffisamment

cohésif ; cependant il a un or en feuilles ou en cylindre qui est très cohésif s'il est encore fraîchement préparé.

M. Fay dit que l'on pourrait demander aux fabricants de l'or par plus petites portions.

M. Quintin donne le modèle d'un dessiccateur, dont le bouchon creux renferme de la chaux vive qui amène une bonne dessiccation.

M. F. Jean pense que les défauts de l'or cohésif tiennent surtout à la préparation.

M. Lalement (de Paris). — Moyen préventif contre les fractures des prémolaires supérieures.

L'auteur recommande l'emploi d'un petit appareil composé d'un demi-jonc en or platiné, au 21 de la filière, et auquel on donne la forme d'un U dont les branches verticales s'enfoncent dans les canaux radiculaires et maintiennent les deux racines en bonne position. Il emploie ce procédé préventivement et curativement.

M. le Prof. Jacques (de Nancy). — Diagnostic et traitement des kystes paradentaires du maxillaire supérieur.

L'auteur déclare tout d'abord que ni dans les traités de chirurgie générale, ni dans les ouvrages odontologiques on ne peut trouver de description suffisante des tumeurs épithéliales kystiques en rapport avec le système dentaire. Leur fréquence est cependant considérable ; mais on ne les reconnaît souvent qu'après leur ouverture accidentelle, et alors on croit le plus souvent à une sinusite maxillaire fistulisée.

Leur origine ne faisant pas partie du programme que l'auteur s'est tracé, il entre de suite dans l'étude clinique de ces tumeurs et décrit les trois phases par lesquelles elles passent :

1° Un stade dit latent, ignoré parce que les kystes creusent leur loge sans désordres appréciables à la vue ou au toucher ;

2° Un stade de déformation caractérisé par l'apparition de bosselures, à la face, vers le nez ou dans la bouche ;

3° Un stade de fistulisation, causé généralement par l'extraction de la racine avec laquelle le kyste est en rapport.

A la première période (latente) le diagnostic ne peut être établi, les signes cliniques manquant.

A la deuxième période, il doit se faire avec les affections inflammatoires chroniques, les néoplasmes malins du maxillaire, les kystes muqueux du sinus. On se basera sur l'intégrité des parties molles, sur les résultats de la ponction exploratrice pour faire cette différenciation.

A la troisième période pour différencier le kyste fistulisé des affections avec lesquelles on pourrait le confondre (sinusite maxillaire fistulisée et ostéo-périostite chronique), l'absence de l'écoulement

de pus par une seule narine et l'exploration au stylet permettront le diagnostic.

La thérapeutique ne peut être médicale, c'est-à-dire qu'on ne peut recourir aux injections de liquides modificateurs ; seule l'ablation complète de la membrane kystique peut guérir le patient. On pratiquera cette intervention par la voie buccale, après résection de toute la partie soulevée de la table externe du maxillaire en respectant la table interne qui sera seulement ruginée de façon à ne laisser aucun débris de l'épithélium kystique. La cavité osseuse résultant de cette opération sera immédiatement comblée par des parties molles ou dans d'autres cas, largement ouverte dans le tissu maxillaire ou la fosse nasale correspondante suivant le procédé de l'auteur exposé au Congrès de l'Association française de chirurgie en 1902. L'incision buccale devra toujours être soigneusement suturée pour éviter l'infection et si le drainage est nécessaire il sera établi de préférence par un alvéole.

M. Cavalié demande si le même traitement est applicable aux kystes dentigères.

M. Pailliottin demande ce que peut avoir remarqué M. le prof. Jacques au sujet de la vitalité des dents en rapport avec le kyste.

M. le prof. Jacques répond que l'opération des kystes dentigères peut s'opérer de la même façon et qu'il n'a rien remarqué au sujet des dents, celles-ci recevant des vaisseaux sanguins et des rameaux nerveux de plusieurs sources qui ne sont pas toutes supprimées.

M. Cavalié demande à M. le prof. Jacques s'il a parfois remarqué une communication entre la cavité kystique et le canal radiculaire. Il fait cette question parce qu'à un récent Congrès on a émis cette théorie qu'il considère comme étant absolument fausse, du seul fait que si le kyste communiquait avec ce canal radiculaire, le liquide contenu à l'intérieur du kyste serait infecté.

M. Choquet appuie cette manière de voir.

M. le prof. Jacques dit qu'il ne saurait, d'une façon générale, y avoir communication ; deux fois, il a, pour raisons particulières, fait faire des examens très méticuleux de kystes de ce genre et jamais il n'a trouvé de communication. Il n'admet donc pas celle-ci, à moins d'accidents.

M. le prof. Cavalié. — Polypes de la pulpe dentaire.

On admet depuis les travaux d'Arköwy deux variétés de tumeurs de la pulpe :

1° La pulpite chronique hypertrophique granulomateuse ;
2° » » » sarcomateuse.

L'auteur a observé deux autres variétés de tumeurs : 1° Pulpite chronique hypertrophique à revêtement épithélial pavimenteux stra-

tifié. Le revêtement épithélial pavimenteux stratifié provient de la greffe sur la pulpe de quelques cellules épithéliales émigrées de l'épithélium gingival ;

2° Pulpite chronique hypertrophique pseudo-lymphoïde. On assiste alors nettement à l'apparition dans le tissu pulpaire de grains ou amas lymphatiques (mononucléaires et lymphocytes) au milieu d'une infiltration lymphoïde sans qu'il y ait de foyer de suppuration. (V. *Odontologie*, 1907, p. 100.)

M. le Prof. Cavalié. — Le collet des dents (collet anatomique et collet apparent ou clinique).

La définition la plus précise est celle de Choquet. Pour lui le collet est représenté par une ligne sinueuse qui est à la limite de l'émail et du cément qui sépare la couronne de la racine et au niveau de laquelle s'appuie la gencive. De ses nombreuses recherches, l'auteur conclut que le collet doit être envisagé à deux points de vue :

1° La limite de l'émail et du cément ; 2° la sertissure gingivale.

1° La limite entre l'émail et le cément, avec les quatre modalités figurées par M. Choquet, représente une ligne fixe, c'est le collet *anatomique* qui est fixe ;

2° La sertissure gingivale est variable suivant les états pathologiques.

Dans les gingivites avec gonflement gingival, la sertissure gingivale est beaucoup plus élevée que le collet anatomique.

Dans les gingivites atrophiques et dans beaucoup de pyorrhées, la sertissure gingivale descend au-dessous du collet anatomique, sur la racine.

A la suite d'une avulsion, la gencive qui sertit les dents voisines s'affaisse, ce qui prouve que le collet apparent, clinique, est variable.

Mais à l'état normal même, jamais le collet anatomique ne correspond exactement à la sertissure gingivale.

Celle-ci est toujours à 1/2 millimètre et plus environ au-dessus du collet anatomique sur la couronne.

Conclusion : il y a deux collets : Le collet anatomique des dents : collet fixe, limite entre l'émail et le cément. Le collet clinique apparent et variable (sertissure gingivale).

Au cours de la discussion qui suit cette communication, *M. Choquet* dit que, lorsqu'il y a un collet pathologique, c'est dans le cas où il y a solution de continuité entre le cément et l'émail et que les rapports de l'émail et du cément sont variables selon le point de la dent considéré.

M. Choquet. — Etude comparative des dents humaines dans les différentes races.

L'auteur, à la suite des nombreuses mensurations qu'il a pu faire au Muséum, arrive à trouver des mesures différentes de celles de

Black, et pènse également que la terminologie franco-anglaise ou anglo-américaine doit être maintenue, contrairement à l'opinion de M. Mahé.

M. Cavalié demande aussi une nomenclature plus précise ; il dit que le type véritable de l'articulé est l'articulé à espace : exemple la canine; chez le chien par exemple les dents chevauchent les unes entre les autres et cependant se terminent également à la fin de l'arcade.

M. Villain dit que la ligne compensatrice est là pour indiquer que l'articulation doit être alternative.

M. Heidé. — L'érosion.

L'auteur examine sous toutes ses faces la question si complexe de l'érosion et pense qu'elle est due à la destruction de la dentoïdine. Les théories émises à ce sujet ne satisfont pas l'auteur qui voit là une dystrophie nerveuse de la dent. Les ganglions dystrophiés semblent appartenir à la couche sous-odontoblastique, leur dystrophie locale pouvant dépendre elle-même d'une dystrophie plus centrale, avec affaiblissement inégal en raison directe de leur résistance héréditaire.

M. Prudhomme. — Les accidents d'évolution de la dent de six ans.

Si les accidents d'évolution des dents de lait sont bien connus, et si d'autre part les accidents d'éruption de la dent de sagesse ont donné lieu à de nombreux et intéressants travaux, les accidents d'éruption de la dent de six ans (première molaire permanente) sont relativement peu connus.

Ils sont de deux ordres : Accidents généraux ; accidents locaux (muqueux, osseux et nerveux).

On pourrait encore y ajouter les accidents du voisinage (isthme du gosier, amygdale, oreille, langue, voile du palais, ganglions sous-maxillaires) donnant lieu à des erreurs de diagnostic.

Pour faire le diagnostic, il faut s'assurer que la dent est bien en éruption, et rechercher l'endroit où elle apparaît.

Le traitement consiste soit en incisions faites au bistouri, au thermo ou au galvanocautère suivant les circonstances, soit à faire l'extraction de la dent, quand tous les moyens thérapeutiques ont échoué. On fera ensuite des lavages à l'eau oxygénée étendue au 1/5, des attouchements à l'acide chlorhydrique étendu au 1/5 et de l'antisepsie buccale.

Enfin il faut aussi instituer un traitement général (pyramidon, quinine, aconitine).

M. Maréchal blâme l'emploi de l'aconitine chez l'enfant, car il

trouve ce médicament très dangereux, même avec la dose indiquée.

M. Prudhomme dit qu'il ne préconise l'aconitine que dans des cas très sérieux ; il emploie de préférence le pyramidon et il dit que parfois il a vu certains des cas qu'il a signalés pris pour des manifestations scrofuleuses.

MM. Audy (de Senlis) et André (de Paris). — Une combinaison hyper-anesthésique de la cocaine.

Les auteurs rappellent tout d'abord leur communication au Congrès de Cherbourg où ils préconisaient le vanillate de cocaïne ; ils disent pourquoi la cocaïne ne leur donne pas toute satisfaction et arrivent aux conclusions suivantes :

La cocaïne étant jusqu'ici l'anesthésique local le plus puissant connu, son association avec l'acide vanillique constitue la forme la plus avantageuse pour l'emploi en chirurgie dentaire:

1° Parce que l'acide vanillique augmente l'action anesthésique de la cocaïne;

2° Parce que l'acide vanillique modère et corrige l'effet vaso-constricteur de la cocaïne et corrige les inconvénients qui en résultent.

M. Cavalié dit qu'il est possible d'associer la cocaïne avec le menthol qui donne une excellente anesthésie. Il obtient des solutions aqueuses de menthol à titre très faible (1/4 de centigramme 0/0) grâce au borate de soude et fait ensuite une solution normale de cocaïne.

M. Prudhomme se sert d'un tampon de coton imbibé d'alcool et trempé dans un mélange de quatre parties de cocaïne et une de menthol; il emploie ce mélange pour les pulpectomies et en a d'excellents résultats.

MM. Cavalié et Houpert. — Mécanisme d'expulsion des amalgames. Action des dentinites condensantes.

Les auteurs rapportent un cas, qui leur a paru absolument net, de production de dentine secondaire qui aurait amené l'expulsion de l'amalgame par suite de cette simple production ; ils soutiennent la possibilité de faire former de la dentine secondaire à l'aide de différentes substances, notamment les sels d'argent et surtout le nitrate d'argent, en quantité suffisante pour amener l'oblitération d'un pertuis. Ils disent également avoir employé avec succès dans 3 ou 400 cas le liquide dont la composition a été indiquée par M. Pincemaille et croient à la formation de dentine secondaire dans les cas de 3° degré, infectés superficiellement toutes les fois qu'après asepsie on emploie des agents légèrement irritants.

M. Choquet déclare ne pas partager l'opinion de M. Cavalié, il admet le comblement des canalicules mais pas l'oblitération d'un pertuis.

Pour *M. Martinier*, au point de vue mécanique, la préparation des cavités doit suffire à retenir les amalgames ; la formation de dentine secondaire ne pourrait expulser l'amalgame. Il admet une condensation de la dentine, non une augmentation du volume de celle-ci capable d'expulser l'amalgame.

M. Quintin parle de la forme sphéroïdale de l'amalgame et pense que peut-être l'amalgame a été malaxé avec trop de mercure.

M. Ducournau demande si quand on met un cristal de nitrate d'argent on ne risque pas de déterminer la mortification pulpaire.

M. Cavalié assure qu'il a véritablement constaté un fait d'expulsion spontané d'amalgame par la dentine secondaire, car il n'y avait plus de cavité pour ainsi dire.

M. Choquet suppose que dans ce cas il s'agissait vraisemblablement d'une dent qui a été obturée en nappe, avec une cavité très peu profonde et usure consécutive surtout au bout de 18 ans.

M. F. Jean croit que l'opinion de M. Cavalié se modifiera par les observations qu'il pourra faire ultérieurement.

MM. Blatter et Pailliottin. — L'enseignement préparatoire de 1re année a l'Ecole dentaire de Paris.

Les auteurs exposent la méthode qu'ils suivent pour cet enseignement comprenant la gradation bien connue : dessins sculpture, fantômes en caoutchouc et en dents naturelles. Ils font ressortir l'importance pédagogique et philanthropique de cet enseignement et terminent en exposant les idées de perfectionnement que leur indiquent leur expérience et les conditions de l'enseignement tant au point de vue général qu'au point de vue scolaire.

M. Quintin. — De l'utilié d'un cours de déontologie dans les écoles professionnelles.

L'auteur s'appuie pour soutenir sa thèse sur les arguments suivants :

1° Ces notions seraient un guide précieux et sûr pour les jeunes débutants voire même pour des dentistes déjà établis ;

2° Par la mise en pratique de ces principes, la profession gagnerait en prestige ;

3° Le succès matériel et moral en serait la conséquence logique ;

4° L'amour-propre recevrait une légitime satisfaction ;

5° L'union et la tolérance entre les divers membres de la profession n'en serait que plus complète ;

6° En étant de scrupuleux observateurs de nos devoirs, la stomatologie aurait vécu.

M. Martinier dit que le cours dont il vient d'être question existe à l'Ecole dentaire de Paris et qu'on s'efforce de bien pénétrer les élè-

ves de leurs droits, de leurs devoirs et de leurs relations entre confrères et patients.

M. Ducournau ajoute qu'à l'Ecole odontotechnique il y a, depuis la fondation de l'Ecole, un cours mensuel de déontologie.

Pour *M. F. Jean*, on devrait faire encore plus de déontologie à l'heure actuelle ; il remercie M. Quintin de l'intérêt qu'il témoigne à la cause des dentistes français.

M. Martinier pense que c'est dans les sociétés professionnelles que les nouveaux confrères acquièreront ces notions de déontologie, ou encore dans des sociétés organisées par les professeurs, comme en Amérique.

M. Cavalié pense que les dentistes qui tiennent la tête devraient se solidariser tout d'abord et fonder des sociétés plus directement en rapport avec les élèves ; il cite l'exemple du Devoir médical, qui pourrait être créé pour nous et qu'il a créé lui-même à Bordeaux.

M. MACHTOU (avec le concours de M. le prof. LEDUC). — DE L'IONISATION EN ART DENTAIRE.

L'auteur dit que de toutes les méthodes préconisées pour l'anesthésie dentinaire et pulpaire on n'a conservé que la méthode de compression.

Il a pensé à la théorie des ions voyageurs pour faire passer la cocaïne dans la dent.

Il conclut que cette méthode, déjà appliquée en médecine générale, donnera des résultats aussi favorables en art dentaire et que ce procédé se recommande par sa simplicité et sa rapidité, qui permet par une application de 5 minutes une insensibilisation de 5 à 6 minutes.

M. Morin, assistant du *professeur Leduc*, pense qu'il faudrait avoir des électrodes en platine ; il dit que l'on doit rester au-dessous d'un milliampère ; la douleur ne dépend pas du médicament mais de l'intensité du courant ; il pense que l'on pourrait stériliser la dentine par les sels de zinc.

M. Quintin demande la différence entre ionisation et cataphorèse.

M. Morin dit que dans la cataphorèse il y a transport en masse, tandis que dans l'ionisation il y a décomposition.

Une discussion très importante s'engage alors et le président engage l'auteur à mettre la question tout à fait au point pour Clermont.

PRÉSENTATIONS DIVERSES.

M. Francis Jean présente au nom de M. Contenau une dent pathologique d'hippopotame ; M. Cavalié pense qu'il y a là des phénomènes d'érosion et demande un fragment de cette dent pour en faire des coupes histologiques dont il donnera ultérieurement les résultats. M. Choquet fera également un examen de cette pièce pathologique.

M. Francis Jean présente également au nom de M. Contenau un ancien injecteur à caoutchouc, utilisé dans la première période de l'application du caoutchouc à l'art dentaire ; il explique pourquoi cet appareil a été abandonné.

M. le professeur Cavalié nous présente des coupes de différents tissus dentaires qui sont d'admirables préparations. Il serait à souhaiter, pour l'enseignement de nos futurs confrères, que cette collection ou d'autres analogues puissent être organisées dans les écoles. Il profite de cela pour se livrer à quelques considérations sur les conditions dans lesquelles on doit dévitaliser les dents malades et conclut en disant que, contrairement à ce que l'on pense, la pulpe réagit très fortement contre l'infection, et que, par suite on doit être très sobre sur ce chapitre et s'efforcer, dans la majeure partie des cas, à la conservation.

Il nous entretient également de la formation des kystes para-dentaires, et nous retrace la discussion qu'il eut récemment à ce sujet avec M. Malassez et qu'il mettra au point dans une communication ultérieure. Il dit notamment que le kyste folliculaire n'est autre que le restant de l'organe de l'émail, en s'appuyant sur ce fait que le kyste folliculaire est toujours strictement limité comme implantation au collet, limite justement de l'organe de l'émail et dit qu'à ce sujet M. Malassez s'est trompé en disant que tous les kystes dentaires reconnaissent comme origine des inclusions de débris épithéliaux.

Séances de démonstrations pratiques.

M. Henri Villain. — Confection de couronnes amovibles télescopes selon la méthode de Peeso avec soudure autogène et or fondant de Contenau et Godart.

Notre confrère expose la technique de la couronne télescope amovible, et en exécute plusieurs en brasant les bagues et les planchers et donnant la forme anatomique par des ailettes d'or au même titre que les bagues et soudées avec l'or fondant Contenau et Godart. Cet or, également au titre de 22 carats, possède la propriété de fondre bien avant l'or à 22 qui n'est pas de même alliage et d'avoir cependant la même couleur que celui-ci. Cette propriété de ce nouvel alliage est vivement appréciée car les pièces, couronnes ou bridges construits de cette façon, n'auront plus l'inconvénient de noircir aux endroits soudés, ainsi qu'on avait à le déplorer antérieurement.

Henri Villain procède ensuite à la confection de couronnes simples en deux parties, à cuspides pleins et sans soudure et à la réparation de ces couronnes toujours sans soudure. Après avoir pris au

dentimètre la longueur de sa bande à 22 carats, il réunit les deux extrémités par soudure autogène ; dans une série de faces triturantes en cuivre il choisit celle qui conviendra le mieux, estampe sur ce modèle une plaque d'or à 22 carats, sur la partie interne de laquelle il fond de l'or au même titre, puis réunit ensuite ces deux parties par brasure avec un bec Bunsen ordinaire.

Pour montrer la facilité de réparation il fait sur ces couronnes quelques encoches et fentes qu'il obture par la soudure autogène en employant le même or qui a servi à la confection de la couronne.

M. Etchepareborda (Buenos-Ayres). — Présentation d'un stérilisateur.

Partant de ces faits que la stérilisation complète et absolue des instruments que nous employons est une nécessité absolue, que la chaleur sèche est le meilleur agent que nous ayons pour arriver à ce but, que les différents stérilisateurs que nous avons à notre disposition sont loin d'être commodes, M. Etchepareborda a fait construire un stérilisateur qui donne satisfaction à tous nos desiderata.

M. Brodhurst. — Présentation d'un séparateur.

Notre confrère présente un très ingénieux appareil destiné à permettre l'écartement non seulement dans le sens mésio-distal, mais aussi dans le sens antéro-postérieur. On comprend sans peine quels avantages nous offrira cet appareil pour les préparations de cavités, pour les aurifications et les prises d'empreintes pour inlay.

M. Franchette. — La clef et le davier.

L'auteur fait une critique très serrée de la clef de Garangeot et démontre scientifiquement les raisons qui ont fait éliminer cet instrument de nos trousses d'opération.

M. Chaminade dit qu'en chargeant fortement le panneton, une partie des accidents imputables à la clef sont évités.

M. Martinier dit que les conclusions aussi scientifiquement exposées de M. Franchette ne peuvent que nous confirmer dans nos idées de ne pas employer la clef qu'il a vu, même bien maniée occasionner des accidents regrettables.

M. Cramer dit que les extractions à la clef sont plus douloureuses que celles faites au davier (expérience personnelle).

M. Franchette présente également une fraise à fretter remarquable par sa simplicité et prouvant une fois de plus ses qualités de technicien doublé d'un excellent mécanicien.

M. Brophy (de Chicago). — Inlay en or coulé, méthode de Taggart.

M. Brophy présente un inlay d'or dans sa propre bouche, sur la pre-

mière molaire inférieure droite, qui a été fait un mois auparavant par M. Taggart, de Chicago. M. Taggart a inventé un procédé par lequel l'or est moulé sous pression et l'inlay ainsi fait s'adapte d'une façon parfaite. L'inlay volumineux que M. Brophy montre a été placé dans une dent à pulpe vivante, il est si parfaitement ajusté qu'aucune parcelle de ciment n'est visible, c'est un exemple remarquable de ce que l'on peut obtenir avec le procédé que M. Taggart a présenté en janvier 1907 à New-York.

M. Godon rappelle les expériences récentes de M. Georges Villain pour la préparation d'un procédé analogue et l'explosion dont il faillit être victime au cours de ses expériences.

M. Smadja. — Coiffes en or coulé.

L'auteur présente un procédé pour couler parfaitement des coiffes en or ; la démonstration aurait été plus tangible si elle avait été expérimentale ; l'auteur exécutera son travail à une séance de démonstrations à l'Ecole.

M. Georges Villain. — Inlays en or creux.

L'auteur expose la méthode pour la fabrication d'inlays en or creux qui a été publiée dans *L'Odontologie* et cette présentation complète parfaitement les explications théoriques.

MM. G. Villain et C. Bouillant.— Enseignement de la prothèse au laboratoire de l'École dentaire de Paris.

En collaboration avec M. C. Bouillant, G. Villain expose la méthode qu'ils suivent pour l'enseignement de la prothèse à l'École dentaire de Paris et suscite un vif intérêt de la part de nos confrères qui s'intéressent aux questions d'enseignement.

M. Kritchewsky. — Appareil pour lavages de bouche.

M. Décolland présente au nom de M. Kritchewsky un ingénieux petit appareil permettant d'obtenir de l'eau sous pression pour des lavages grâce à un petit effort imprimé à un piston. Cet appareil nous rendra de grands services et sa simplicité est telle que les patients pourront s'en servir seuls.

M. G. Villain. — Divers points d'appui des bridges.

M. G. Villain montre des modèles qui nous font voir en place les divers modes de supports qu'il emploie pour construire ses bridges physiologiques ; ces travaux excitent vivement l'attention et sont présentés de telle sorte que l'on peut se rendre compte que les racines sur lesquelles ces appareils sont fixés, se trouvent ainsi placées dans des conditions identiques à celles de dents vivantes.

M. Amoedo. — 1° Articulateurs anatomiques. — 2° Or quadrillé.

M. Amoëdo présente une collection d'articulateurs renfermant tous les modèles connus. Il donne des explications au sujet de ceux de ces appareils que nous pourrions ne pas connaître et explique impartialement les défauts et qualités de chaque système.

Il présente ensuite des travaux exécutés avec l'or quadrillé pour faces triturantes et explique les avantages de cette méthode.

M. Alph. Rubbrecht. — Démonstration d'orthodontie.

Notre confrère belge, M. Alph. Rubbrecht, place un appareil de redressement (système d'Angle) et nous montre que l'on peut appliquer toutes les forces connues sur ce seul appareil.

Cette démonstration tendrait à prouver que ce système de redressement offre tous les avantages désirables, mais il faut faire la part de la dextérité manuelle très impressionnante de notre distingué confrère.

M. Pont. — Détermination de l'indice dentaire.

L'auteur fait des démonstrations sur l'utilité de l'indice dentaire. (V. *Odontologie,* 1906.) M. Godon apporte à la théorie du Dr Pont un appui basé sur un cas, dans lequel l'application de ce principe lui a permis, pour un redressement, de constater la nécessité de continuer l'extension alors que l'on prétendait qu'elle était déjà exagérée.

M. Franchette. — L'enseignement de 1re année a l'Ecole odontotechnique.

M. Franchette présente les travaux de 1re année à l'Ecole odontotechnique : parmi ceux-ci nous avons remarqué des pièces prouvant une dextérité manuelle remarquable ; nous avons beaucoup apprécié la méthode qu'il emploie pour faire rechercher les canaux des molaires.

Nouvelles méthodes d'estampage.

M. Geoffroy démontre une fois de plus sa méthode d'estampage à l'aide de son métal fusible (V. *Odontologie*, 1907, p. 404) et les assistants peuvent faire une comparaison profitable avec le procédé que présente *M. Cramer*. Les résultats obtenus sont parfaits dans les deux cas, mais le premier procédé a l'avantage de ne pas nécessiter un outillage aussi compliqué et aussi dispendieux, car il utilise les ressources qu'offre naturellement un laboratoire bien installé.

M. Décolland. — Appareil a anesthésie.

M. Décolland expérimente à nouveau son appareil qui n'en est plus à faire ses preuves au sujet de la régularité de la marche de l'anes-

thésie ; les congressistes (rares du reste) qui n'avaient pas vu le fonctionnement de cet appareil, ont éprouvé l'impression d'avoir à leur disposition un moyen très commode de faire de l'anesthésie qui supprime les ennuis et inconvénients de nombre d'appareils construits dans le même but.

Sections de gencive continue. — Fabrication des inlays. — Appareil a estamper avec tampon de caoutchouc.

M. Röse, de la maison Ash, fait de nombreuses démonstrations portant sur des points de pratique très intéressants.

Il démontre une méthode simplifiée pour faire des sections de gencive continue au moyen d'un corps d'émail spécial, de haute fusion, sans base de platine, qui nous rendra de grands services, ainsi qu'une méthode pour teinter les dents artificielles, qui remédie à un des inconvénients les plus considérables des dents que nous avons actuellement à notre disposition.

La fabrication des inlays et leur mise en place avec du ciment semble n'être qu'un jeu après la démonstration qu'il en fait devant nous, et il montre également les multiples services que peut nous rendre l'appareil à estamper avec tampon de caoutchouc plat.

*
* *

Le Congrès de Reims s'est terminé aujourd'hui. Les lecteurs peuvent juger, par la lecture de ce bref compte rendu, combien ses séances ont été chargées et quelle somme d'efforts il représente. M. Francis Jean, qu'il convient de féliciter vivement de l'organisation de cette réunion qu'il présida avec le tact le plus parfait, se plut à constater ce succès dans son discours de clôture ; il adressa des remerciements à tous, aussi bien à ceux qui par leurs travaux scientifiques jetèrent un lustre incomparable sur cette réunion d'odontologistes, qu'aux étrangers si sympathiques qui vinrent prendre part à nos travaux et aussi aux membres du Comité local, dont les principaux MM. Lee, président, Prudhomme, secrétaire, Crapez et bien d'autres, nous facilitèrent grandement notre séjour à Reims.

Ces aimables confrères surent toujours procurer aux congressistes les dérivatifs nécessaires à la fatigue que nous imposa ce Congrès si chargé.

La réunion de Reims a amplement justifié les espérances qu'elle promettait par son programme ; les travaux scientifiques, qui étaient sa raison d'être, ont été très nombreux et intéressants et ils honorent la science odontologique.

Nos confrères étrangers, MM. Etchepareborda, de Buenos-Ayres, Decker, de Luxembourg, nos confrères belges, MM. Quintin, Quaterman, Fay, Joachim, Browne, Blondel (je demande pardon à ceux

que je ne cite pas), ont été enchantés de leur séjour à Reims ; le départ trop précipité de notre confrère Rubbrecht a été vivement regretté, car ses connaissances en orthodontie ont été vivement appréciées ; espérons qu'à Clermont-Ferrand, l'an prochain, il pourra rester plus longtemps avec nous.

Nous adresserons aussi nos remerciements aux professeurs agrégés Jacques, de Nancy et Cavalié de Bordeaux, dont la science n'a d'égale que l'amabilité. M. Cavalié a tenu, par sa présence au milieu de nous, à affirmer le bien-fondé de nos revendications au sujet de la nécessité d'un enseignement complet de l'art dentaire, tel que nous le concevons. Signalons aussi la trop courte apparition du vénéré professeur Brophy, de Chicago, le champion de l'éducation dentaire autonome.

Un point important que nous tenons à mettre bien en évidence, c'est que jamais les conseils d'union que nous donnait notre président n'ont été plus suivis qu'à ce Congrès où tout s'est passé dans la plus grande harmonie sans que les questions personnelles soient jamais venues à aucun moment troubler nos travaux ; la science seule a triomphé et cet amour commun pour notre art tendra, dans peu de temps, à l'oubli de tout ce qui n'est pas l'intérêt supérieur de la profession odontologique. Nous nous sommes tous senti les coudes à Reims, nous avons travaillé de concert ; ce sont là des souvenirs que l'on n'oublie pas et nous sommes persuadé que cet accord unanime, par ses bons résultats, amènera une union durable de tous les dentistes sans exception pour le plus grand bien de la profession.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Tenu à Bordeaux du 24 au 28 juillet 1907.

COMPTE RENDU

Par M. H. Dreyfus.

De même que les individus, les Congrès ont décidément leur personnalité pétrie de défauts et de qualités, leur tendance, leur physionomie. Nous en avons eu trois cette année en France, Bordeaux, Reims, Paris. Du Congrès de Reims, nous ne dirons rien : c'est le dernier-né d'une nombreuse lignée dont les plus récents rejetons se sont appelés: Angers 1903, Grenoble 1904, Cherbourg 1905, Lyon 1906 ; leur physionomie à ceux-là nous est bien connue ; sans idées « machiavéliques » mais avec probité, sérénité, sans autre but que le progrès constant de notre profession, ils tiennent tous les ans leurs assises aux quatre coins de la France, sous l'égide et avec le concours de la Société française pour l'Avancement des Sciences dont le renom est à lui seul, un sûr garant de l'unité et de la pérennité de l'effort.

*
* *

Si l'existence d'un Congrès de Stomatologie peut s'expliquer, puisqu'il y a des médecins dits stomatologistes qui prétendent faire des congrès odontologiques sans dentistes ; la nécessité d'un deuxième Congrès dentaire était plutôt contestable. Le fait qu'il était international pouvait à la rigueur suffire à le légitimer, mais, seule, la République de Guatémala avait désigné un délégué qui s'est fait excuser. C'est donc par un juste retour des choses que le Congrès de Bordeaux « International » n'a pu justifier de la présence d'aucun étranger, alors que celui de Reims (National celui-là) qui se contentait d'ouvrir largement ses portes à ceux que la science professionnelle pouvait attirer, s'est vu honoré de la présence d'Américains, d'Allemands, de Luxembourgeois et de Belges, sans compter la collaboration effective de trois Ecoles dentaires françaises et de plusieurs sociétés scientifiques. Cependant, nous devons à la vérité de reconnaître que l'absence de l'élément étranger n'a pas relativement nui aux séances du Congrès de Bordeaux qui ont été des plus suivies et auxquelles quelques confrères parisiens avaient apporté leur part de travail.

Pour en revenir à sa raison d'être, si l'on feuillette les articles qui çà et là lui ont été consacrés, on s'aperçoit qu'il ne s'agit en réalité que d'un Congrès de concurrence et non pas dirigé, comme on pouvait

s'y attendre contre les prétentions stomatologiques. On avait voulu bouder l'A. F. A. S., et l'on a cherché à cette bouderie des prétextes assez inattendus. On a voulu lutter contre « l'impérialisme professionnel » selon une expression relevée dans le discours d'ouverture de M. Rousset, président du Congrès.

On conçoit mal un impérialisme scientifique dans la *science* odontologique où n'existent pas deux doctrines, deux écoles, comme jadis s'offraient les grandes doctrines médicales, vitalisme, solidisme, humorisme... Nous avons tous le même idéal odontologique, et le terrain scientifique qui est celui des Congrès, n'est pas propice aux rivalités d'écoles et de personnalités qui vont se perdre dans la grandeur de la tâche à accomplir.

On ne peut donc que regretter de voir que le but poursuivi n'a pas été d'ordre purement scientifique. « S'affranchir de la tutelle de la métropole » voilà quel a été le grand point. Comme si la décentralisation scientifique n'était pas assurée par les sociétés locales, et l'A. F. A. S. qui se réunit au Nord comme au Midi, à l'Est comme à l'Ouest.

Nous nous en voudrions d'insister sur ces puérilités.

*
* *

Malgré ces tendances manifestées lors de l'organisation du Congrès, les groupements métropolitains n'ont pas voulu qu'on les accusât, eux, de se tenir à l'écart des manifestations scientifiques d'où qu'elles vinssent du moment qu'elles se réclamaient de l'Odontologie et ils ont envoyé leur adhésion au Congrès de Bordeaux. Notre si dévoué confrère, M. Francis Jean, malgré la proximité du Congrès de Reims dont il avait assumé la présidence et malgré la lourde charge d'une organisation dont on a pu constater le si grand et si légitime succès à Reims, avait tenu à se rendre au Congrès de Bordeaux pour faire entendre les paroles d'union et de concorde qu'il était si qualifié pour prononcer.

La courtoisie de l'accueil qui lui a été réservé ainsi qu'à nous-même, nous fait espérer que les malentendus que quelques esprits malveillants seraient heureux de voir entretenir, se dissiperont dans l'avenir et que loin de disséminer leurs efforts, les odontologistes sauront les grouper en un bloc compact qui s'opposera vigoureusement aux attaques du bloc stomatologique.

*
* *

Ces quelques remarques faites, nous donnerons le compte rendu des communications qui ont été lues à ce Congrès.

M. de Croës fait une communication sur *Une couronne pour bridge, à face triturante ouverte.* Cette couronne qui est, en somme, une bague empiétant sur la face triturante, est destinée aux molaires, si

utiles pour la rétention des bridges, mais qu'il est si malaisé de coiffer lorsqu'elles sont intactes. Grâce à cette couronne, dans bien des cas, surtout quand les racines sont légèrement découvertes et obliques, l'auteur évite la décapitation, la mutilation des dents saines, qui représente un travail difficile, long et douloureux, quand on ne dévitalise pas la dent. On confectionne donc une couronne par les procédés ordinaires, puis l'on sectionne presque toute la face triturante, en ne laissant qu'un petit rebord qui cependant ne doit pas gêner l'articulation. Comme on ne cercle pas les bords de la dent, la bague n'est qu'imparfaitement sertie sur ce pourtour. Pour l'auteur, ce n'est qu'un inconvénient sans importance ; le ciment comblant les intervalles assurerait une durée suffisante. M. de Croës à même ajoutée à notre grande surprise, qu'il n'est pas nécessaire de faire descendre la bague jusqu'au collet. Nous croyons cependant que les particules alimentaires auront toute facilité de se collecter dans l'espace compris entre la gencive et l'épaisseur de la bague, surtout qu'il s'agit de molaires, et auront vite fait de désagréger le ciment, et probablement de favoriser une carie, de sorte que la dévitalisation à froid ne paraîtrait plus qu'un inconvénient secondaire. A ce propos une discussion engagée sur la dévitalisation se termine par cet avis un peu sévère d'un de nos plus fougueux confrères du Midi : « ceux qui dévitalisent des dents saines commettent une canaillerie » *(sic)*.

M. de Croës dans une deuxième communication donne l'observation d'un cas de redressement tardif chez une jeune fille de 26 ans, dont l'auteur s'est tiré avec beaucoup d'ingéniosité et d'élégance ; il fallait, en effet, venir à bout d'un chevauchement des incisives, et cela sans que les appareils fussent visibles. Le résultat fut parfait ainsi qu'en ont témoigné les modèles que nous avons pu examiner.

M. Schwartz père présente *Un cas de rhinoplastie* (prothèse nasale conviendrait mieux), déjà présenté au Congrès de Marseille 1906 [1]. Il étudie ensuite *Les pièces fondues en métal lourd* et les compare au point de vue de la stabilité, à celles dont la rétention est assurée par des ressorts ; il donne la préférence au premier procédé de rétention pour les appareils du bas.

M. Schwartz père présente en outre un *Moulage montrant les funestes effets des rondelles en succion.* Une discussion s'engage à ce sujet, au cours de laquelle les succions à valve sont généralement condamnées. M. Bonnood notamment insiste sur le danger de ces succions qui, dans certains cas, peuvent amener des désordres, capables d'engager la responsabilité civile du dentiste qui les a employées.

Au nom de son fils M. Schwartz présente une *Pince-compas* pour obtenir le parallélisme des pivots dans les bridges.

---

1. V. *Odontologie*, 15 août 1906, nº 15, p. 133.

M. Douat montre un certain nombre de bridges, dans lesquels il emploie des dents interchangeables qui semblent très pratiques.

M. Boissinot étudie le mécanisme de la fracture des dents au moment du soudage, qui résiderait uniquement dans la façon dont se fait le plaquage ; pour éviter cet accident, il ne faut pas que des crampons soient gênés pour entrer dans les trous de la contreplaque, mais qu'au contraire ils y entrent facilement.

M. Boissinot fait aussi une communication sur l'*emploi des pivots creux* dans les dents à pivots.

Pour diminuer les difficultés d'extraction du pivot lorsqu'une dent à pivot vient à se casser, l'auteur emploie un pivot creux. Celui-ci entre autres avantages, est très solide ; il est démontré qu'à poids égal un tube a beaucoup plus de résistance qu'une tige massive.

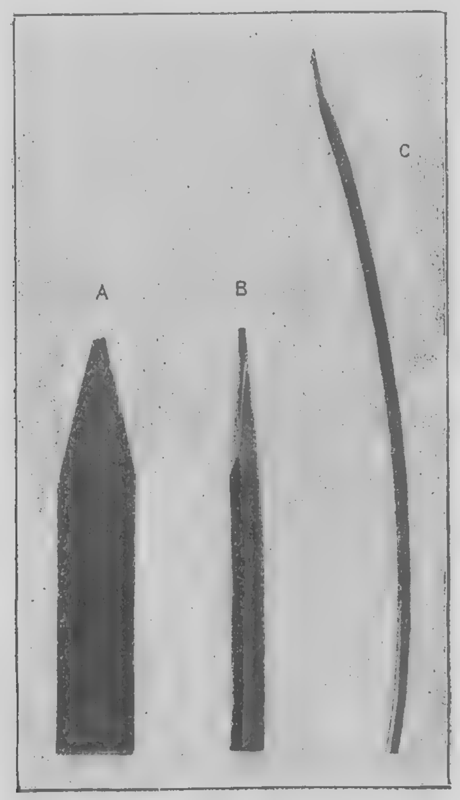


Fig. 1.

Mais le principal but est d'être retiré facilement. En effet, quand la dent est cassée il suffit de chercher le trou du pivot dans le talon de soudure, et quand on l'a trouvé, ce qui n'est ni long, ni difficile, on agrandit le trou à l'aide d'une petite fraise, puis on en prend une plus grosse jusqu'au moment où le pivot est complètement désagrégé.

Pour confectionner un tube on prend une plaque de métal au 6 de la filière de Ash et large de 6mm environ (fig. 1, A) dont on coupe une extrémité en sifflet ; on prend dans l'étau le tiers latéral de la plaque et l'on coupe ce qui dépasse en angle droit, on obtient en coupe la forme d'un L majuscule ; on pince dans l'étau le tiers latéral opposé, on le retourne à angle droit et l'on a alors un U (fig. 1, B), on rapproche les deux bords latéraux l'un de l'autre et on fait passer dans la filière en se servant du bout taillé en sifflet ; on peut le tirer aussi fin que l'on désire sans s'inquiéter du trou qui subsiste toujours (fig. 1, C).

M. Lassaque présente la succion Charbonneau, dont le but est de ménager dans l'épaisseur de la plaque des appareils du haut un vide plus étendu qu'avec la succion ordinaire.

M. Nux lit une communication sur *Un appareil simple pour fracture du maxillaire inférieur.* Cet appareil, appelé à rendre de grands services, est très admiré par sa simplicité et son ingéniosité. Nous sommes heureux de pouvoir publier la communication de M. Nux, ainsi que le fac-similé de son appareil [1].

M. Bimes, au nom de *M. Pont* et au sien, communique les résultats obtenus dans la *Restauration nasale par la paraffine.* Cette méthode qui avait primitivement donné lieu à des accidents, a vu sa technique s'améliorer ; notamment le danger d'embolie se trouve bien diminué depuis qu'on n'emploie la paraffine, soluble à 60°. Celle-ci est injectée directement dans les tissus, s'y encastre aussitôt, ne déterminant qu'une légère réaction se traduisant par une œdème fugace.

M. Bonnard (de Paris) indique un procédé pour déterminer l'étendue à donner aux dentiers du haut, dans le sens antéro-postérieur, procédé basé sur la distance qui sépare la place normale des canines, toujours facile à retrouver.

Le lendemain nous avons eu une séance de démonstrations pratiques. Nous avons assisté à un long défilé de masques pour l'anesthésie générale. *M. Rolland* a d'abord expérimenté avec un plein succès le masque *Décolland* [2], dont nous avons été heureux de dire tout le bien que nous en pensions. Puis *M. Pinèdre*, *M. Lassaque*, *M. Gendron*, ont également présenté chacun un masque destiné à l'anesthésie générale de courte durée. Le masque de M. Gendron, dont nos lecteurs liront bientôt la description, et verront la reproduction, peut servir pour l'anesthésie prolongée ; il se compose essentiellement d'un cornet d'inhalation, dont la caractéristique est de se passer de bourrelet pneumatique, d'un distributeur et d'un brise-ampoule. Il permet la dose fractionnée, ou filée, ou bien la dose massive.

---

1. V. page 132.
2. V. *Odontologie*, 1907.

M. de Croës a présenté un ingénieux dispositif grâce auquel on peut avoir toujours à portée de la main un coryleur en état de fonctionner ; l'appareil comprend un récipient contenant le chlorure d'éthyle, à la base duquel a été adopté un tuyau flexible, qui aboutit à un coryleur ordinaire.

M. de Croës a également montré un *Four électrique* de construction facile et d'extrême bon marché. Un simple creuset, une charpente de carton d'amiante autour de laquelle s'enroule le fil de platine, en terre réfractaire, deux bornes en cuivre.... et 30 minutes environ, voilà tout ce qu'il faut pour construire ce four, que nous avons vu fonctionner, et dans lequel M. de Croës a pu fondre plusieurs dents.

M. Spaulding a fait quelques extractions en se servant comme anesthésique local d'un mélange d'adrénaline avec la cocaïne ou l'eucaïne.

N'oublions pas de mentionner un ouvre-bouche assez pratique dû à *M. Bordoni* ; l'instrument se ferme très facilement d'un seul coup ; entre autres avantages, il a celui d'avoir les deux mors aplatis sur le même plan, de telle sorte que l'introduction entre les dents en est très aisée.

L'après-midi de la deuxième journée a été consacré aux travaux de la section d'anatomie et de pathologie spécialés, présidée par M. Francis Jean.

Dans une première communication, *M. Lacroix* (de Niort) expose rapidement des considérations générales sur *L'évolution des forces dentaires*. Pour l'auteur la dent est le résultat d'une évolution lente ; cette transformation établie par l'anatomie comparée, porte principalement sur la masse radiculaire.

M. Lacroix lit ensuite un travail sur la *Question des canaux radiculaires dentaires* dans les deux premières séries de grosses molaires ; il se plaint de l'insuffisance des traités classiques au sujet du nombre de canaux, dont la connaissance a pourtant des conséquences immédiatement pratiques. Il établit l'existence du 4e canal de la 2e grosse molaire supérieure, et il ramène à 15 o/o et 5 o/o respectivement la proportion du 4e canal dans les 1re et 2e grosses molaires inférieures.

M. Denoyer fait une étude consciencieuse de *La troisième dentition*, qui, pour lui, existe réellement, bien qu'on ait prétendu que dans les cas observés, il s'agissait toujours de la 2e dentition retardée. Après avoir passé en revue les différentes théories étiologiques et conclu à la présence d'un troisième bourgeon, M. Denoyer étudie le tableau clinique de la troisième dentition : évolution, aspect, réaction provoquée, et enfin la conduite à tenir (conservation ou extraction).

M. Clerc, au nom de M. Anglade et au sien, expose d'une façon très intéressante et avec une grande clarté les *Nouvelles conceptions histologiques de la pulpe dentaire* ; il signale la découverte faite par

MM. Cavalié et Coyne de fibres musculaires lisses dans la pulpe, ainsi que la découverte par M. Schwartz (de Berlin), de canaux lymphatiques ; pour plus de détails nous renvoyons nos lecteurs au numéro précédent [1].

M. Princeteau montre la reproduction en cire d'un enfant nouveau-né présentant une énorme communication bucco-nasale, qui, d'ailleurs, n'a pu être traitée, et a amené la mort du petit sujet.

M. Princeteau donne brièvement le résultat de ses recherches sur les vaisseaux de l'articulation temporo-maxillaire qui se divisent en un plexus superficiel, un plexus profond et un plexus articulaire particulièrement riche.

M. Bosano (de Marseille) lit une observation ayant trait à la migration d'une racine de canine inférieure. Il y avait eu extraction incomplète auparavant ; et depuis, deux abcès s'étaient produits ; au moment où l'auteur eut à intervenir, la racine n'était plus dans l'alvéole, soit qu'elle ait glissé au dehors, soit, hypothèse peu probable, qu'elle ait cheminé à la faveur d'une large fistule ; il y avait eu à la suite production de bourgeons cicatriciels formant adhérence à la lèvre inférieure.

M. Delorme donne connaissance de l'observation d'un cas d'*Abrasion chimique.*

M. Prudhomme (de Paris) résume une intéressante thèse sur les *Fistules du cou* dont on a pu lire l'analyse ici même [2].

M. Prudhomme signale également la méthode que vient de vulgariser M. Didsbury pour lutter contre l'onycophagie ; elle consiste essentiellement à faire porter aux enfants atteints de cette manie, un appareil qui surélève l'articulation, de façon à rendre impossible le contact des incisives supérieures et inférieures.

M. Schwartz lit, au nom de M. Schwartz (fils), une longue étude sur la névralgie faciale.

M. Schwartz présente une collection de pièces, ayant trait à la pathologie et aux anomalies des dents ; elle est composée de pièces très bien préparées et bien présentées qui constituent un ensemble peut-être unique comme collection particulière.

M. Candau (de Bordeaux) indique un nouveau sel de soude, le *Tungstate de soude* qu'il emploie avec succès dans le traitement de la pulpe dentaire, dans les cas où l'extirpation totale est impossible ; l'auteur obtiendrait à l'aide d'une pâte faite avec le sel en question la momification des débris pulpaires, dont la persistance dans les canaux serait sans inconvénients. Les expériences entreprises par M. Candau ne datent que de huit mois, il convient, en conséquence, d'être très réservé à ce sujet.

---

1. V. *Odontologie*, nº 14, 30 juillet 1907, p. 49.
2. V. *Odontologie*, nº 7, 15 avril 1907, p. 336.

Malencontreusement gênée et écourtée par les empiètements d'une réunion préliminaire du *Groupement fédéral des syndicats*, réunion à laquelle il ne nous a pas été donnée d'assister, la dernière séance du Congrès a été consacrée à la section d'enseignement et de déontologie.

Nous avons eu, de *M. Oubrerie*, un rapport qui, très sobrement et très clairement écrit, expose les desiderata d'une commission désignée, croyons-nous, par le Congrès de Marseille de 1906. Il y a d'excellentes choses, dans ce rapport : il en est d'autres aussi, moins bonnes, et qui semblent avoir été inspirées par la *situation locale* de l'enseignement dentaire ; l'importance du débat s'en est trouvée sensiblement diminuée, et la discussion qui a suivi le rapport s'est trouvée bien souvent réduite à un exposé de considérations étroites n'intéressant que de bien loin les intérêts supérieurs de la profession et de l'enseignement dentaires.

Sur un point, notamment, le rapport se serait trouvé faussé dans ses tendances générales, sans l'énergique et heureuse intervention de M. Francis Jean; le rapporteur, en effet, avait conclu à la division des études et à un enseignement mixte ; la Faculté de médecine devait donner l'enseignement théorique, tandis que l'enseignement technique serait resté aux Ecoles dentaires ; M. Francis Jean s'est élevé contre une telle conception, peut-être encore très désirable à Bordeaux, qui possède déjà une Ecole d'université, mais qui partout ailleurs porterait le premier coup à l'autonomie de l'enseignement dentaire. Reconnaissons toutefois que M. Oubrerie n'a pas insisté pour défendre ce point de son rapport. Nous avons au passage salué un certain nombre de revendications empruntées aux discussions et aux décisions de la F. D. I. (Genève 1906).

Dans ce rapport, M. Oubrerie, en premier lieu, s'occupe des jurys, au milieu desquels les chirurgiens-dentistes doivent avoir leur place marquée ; quant aux médecins, seuls ceux ayant fait des études spéciales devraient y siéger. Pendant que nous sommes sur le chapitre des médecins, disons que le rapporteur se range à l'avis de M. Cavalié, et qu'il reconnait la nécessité pour les médecins de deux années d'Ecole dentaire. Ces revendications ont déjà été votées par le Congrès de 1900 et plusieurs Congrès français, l'Association générale des dentistes de France, la F. D. S., etc. Enfin il voudrait que le droit d'exercice de l'art dentaire par les médecins ne leur fut accordé qu'après examen et obtention du diplôme légal.

Pour l'entrée dans les Ecoles dentaires, il faudrait, d'après M. Oubrerie, exiger le baccalauréat, revendication bien inopportune, à notre sens, au moment même où ce pauvre baccalauréat, battu en brèche de toutes parts, ne sait encore exactement s'il résistera à l'assaut actuel. La durée des études devrait être augmentée : trois ans de

scolarité proprement dite, et deux ans de stage de prothèse à l'Ecole, *et seulement à l'Ecole*, avec un examen de validité de stage. Quant aux examens de scolarité, M. Oubrerie, d'accord avec le rapport Lannelongue, surtout pour le 3[e] définitif, demande qu'ils aient lieu à la fin de chaque année, mais qu'ils comprennent une partie pratique.

Le rapporteur admet ensuite le doctorat en chirurgie dentaire, et se lance dans une digression, dont nous n'avons pas bien compris le sens ni la portée sur le « *privilège* » (sic) qu'ont les médecins de faire procéder leur nom du titre de Docteur.

A la suite de la lecture de ce rapport, une discussion s'engagea, confuse au possible ; nous y avons entendu malmener (pourquoi ?) ceux de nos confrères qui, avant d'exercer notre profession, vont passer une année dans les Ecoles d'Amérique ; celles-ci deviennent pour eux, en quelque sorte, des écoles d'application, et, bien qu'on ait pu en dire à Bordeaux, elles n'accordent, pour la plupart, leurs diplômes qu'à bon escient.

Nous avons également entendu, à notre grande surprise, les déclarations du directeur d'une Ecole dentaire qui dévoila, avec une candeur désarmante, sur quelles considérations, tout à fait étrangères au bien de l'enseignement, on accorde en certains lieux des inscriptions primitivement refusées. C'est bien là la condamnation des Ecoles à fins commerciales.

Il a été en outre question de la partialité des jurys, et on a adopté le vœu que les professeurs de l'Université ne puissent faire partie des jurys chargés d'examiner les élèves de leur Université.

Un autre vœu a été adopté tendant à accorder aux dentistes le titre de docteur en médecine moyennant deux ans d'études médicales supplémentaires. Ceux qui ont adopté ce vœu n'ont pas vu qu'ils s'aventuraient dans un sentier séduisant sans doute, mais qui mène, par le plus court chemin, à la conception des stomatologistes.

Sur la proposition de *M. Francis Jean*, président de la Fédération dentaire nationale, le Congrès, après avoir pris connaissance de la protestation adressée par le professeur W. D. Miller, de Berlin, comme président de la F. D. I., protestation émanant de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands (Association dentaire nationale allemande) contre les décisions prises par le Comité d'organisation du 16[e] Congrès médical international de Budapest (1909), dans sa séance du 11 décembre 1906, de ne pas admettre les dentistes qui ne possèdent pas le titre de docteur en médecine, déclare, d'accord en cela avec le bureau de la F. D. N., joindre sa protestation à celle du président et des confrères autrichiens et allemands contre cette décision qu'il considère comme nuisible aux intérêts de la science et de la profession dentaire, charge son bureau de faire le nécessaire pour qu'une copie de la présente résolution soit adressée à la F. D. I.,

l'invite à protester auprès du Comité d'organisation du Congrès de Budapest contre l'exclusion des dentistes et à engager toutes les associations dentaires nationales de tous les pays intéressés à adopter une mesure semblable.

Comme dernière communication, nous avons eu une causerie de notre confrère Marquet sur les bienfaits de la coopération et sur l'utilité pour les dentistes bordelais d'une coopérative analogue à celle de Paris.

En fin de séance et de Congrès, M. Francis Jean, président de l'Association des dentistes de France et de la Fédération dentaire nationale, a lu le discours qu'on lira plus loin, et que, s'il avait été présent, il aurait prononcé à la séance d'ouverture. Cette allocution, toute en termes mesurés, fait appel à la concorde, plus que jamais nécessaire en présence des prétentions de la stomatologie.

P.-S. — Le programme du Congrès comportait une séance du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France où d'importantes questions, paraît-il, devaient être agitées, mais on n'a pas cru devoir permettre au représentant de *L'Odontologie* d'assister à ces séances bien qu'elles figurassent au programme du Congrès; un certain nombre de congressistes ont éprouvé la même déception. Nous n'avons pas eu à regretter les loisirs que ces séances nous ont créés puisque ils nous ont permis de visiter l'École dentaire de l'Université de Bordeaux dont notre collaborateur, M. Cavalié, nous a fait très aimablement les honneurs.

Discours prononcé au Congrès de Bordeaux,

Par M. Francis Jean,

Président de l'Association générale des dentistes de France,
Président de la Fédération dentaire nationale.

Messieurs et chers Confrères,

Permettez-moi d'abord de vous présenter les excuses et les regrets de M. Godon, président du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, qui se trouve dans l'impossibilité de venir parmi vous. Il m'a chargé de vous adresser ses meilleurs vœux pour le succès de votre Congrès, et je constate déjà que ses vœux se sont réalisés.

Délégué pour représenter, au Congrès de Bordeaux, l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale des dentistes de France, à cet honneur s'ajoute pour moi le plaisir de me trouver au milieu de nos confrères bordelais qui, de tout temps, ont contribué de leur mieux au prestige de l'art dentaire français, et qui, par leurs propres

moyens, ont donné, en 1895, l'hospitalité au 1er Congrès dentaire national.

Je me plais à espérer que la mission dont je suis chargé recevra l'accueil qu'elle mérite ; chaque jour l'expérience nous démontre que l'union générale des odontologistes devient une nécessité dans l'intérêt de l'autonomie de notre profession.

Rien de bon ne peut sortir de la désunion, sinon l'affaiblissement de nos moyens de défense. Les dissensions pourraient avoir les plus fâcheux effets et amener la suppression de l'enseignement dentaire libre, comme vous en êtes menacés à Bordeaux. D'autre part, nous enregistrons la constitution du Syndicat des médecins-dentistes de Tours et de l'Association stomatologique internationale. Partout, nous voyons surgir des adversaires, nouveaux venus qui, sous le nom de Stomatologistes, français ou étrangers, profitent des divisions ou des affaiblissements de nos groupements pour essayer de nous discréditer dans l'opinion et par les pouvoirs publics. Nous sommes heureusement le nombre, et la valeur de notre bagage scientifique nous permet de considérer comme quantité négligeable les 250 membres qui, avec le parti pris de nous exclure, se préparent à ouvrir à Paris leur premier Congrès de Stomatologie ; notre 1er Congrès dentaire international réunissait 1200 membres.

Cette exclusion d'ailleurs n'est pas un fait nouveau, et tout récemment nous apprenions l'exclusion des chirurgiens-dentistes sans titre médical, du Congrès qui se tiendra à Budapest en 1909. Cette décision injustifiée a déjà provoqué les protestations des dentistes allemands, des dentistes autrichiens et de plusieurs de nos sociétés françaises. Je crois que nous pourrions mettre à profit la présence ici d'un grand nombre de praticiens français pour protester contre cette exclusion.

Pour en revenir au Congrès de Stomatologie de Paris, je constate avec plaisir que cette réunion privée ne semble pas faire tort à la vôtre, et j'ai lieu de croire qu'elle ne portera pas davantage préjudice au succès du Congrès qui s'ouvre à Reims jeudi prochain. Ce Congrès, dont j'ai le très grand honneur d'être président, s'annonce sous les plus heureux auspices : il compte déjà 200 adhérents, un grand nombre de communications orales et de démonstrations pratiques et une exposition de matériel. J'espère que vous voudrez bien vous y rendre et que nous pourrons y continuer les bonnes relations commencées en 1895, dans votre ville si hospitalière.

Que tous les dentistes, intéressés à la même cause, se rallient et que ce ne soit pas simplement un groupement local de ville ou de région, mais une véritable union générale des odontologistes, en un mot, une Fédération dentaire nationale impersonnelle. Un groupement isolé en effet, au point de vue des intérêts de l'art dentaire,

ne saurait être suffisant aujourd'hui, les bons résultats qu'il donne ne profitant qu'à quelques-uns. Union intime et universelle, voilà ce que réclame à l'heure actuelle notre profession.

Au nom des divers groupements qui m'ont délégué parmi vous, et en ma qualité de président de la Section d'Odontologie du Congrès de Reims, je me permets de vous renouveler l'invitation d'assister nombreux à la réunion que je vais présider et qui, j'en suis sûr, ne manquera pas de vous intéresser.

Ne perdez pas de vue non plus le Congrès dentaire de Jamestown aux Etats-Unis, auquel les sociétés dentaires françaises sont cordialement invitées, ainsi que la réunion de la F. D. I. qui aura lieu, le mois prochain, à Amsterdam.

C'est dans ces réunions entre confrères qu'on apprend à se connaître, à s'apprécier, à nouer des amitiés et qu'on travaille le plus efficacement à l'union, au progrès et à l'éclat d'une profession.

Ce sont là les sentiments qui doivent nous animer et qui seuls sont de nature à donner au Corps professionnel auquel nous devons être fiers d'appartenir la valeur, la dignité et la considération à laquelle nous avons droit.

Messieurs et chers confrères, je forme les souhaits les plus sincères pour le triomphe de nos aspirations d'idéal, qui nous tiennent à cœur et qui nous assureront dans la société une place incontestée, et le respect de nos adversaires.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

Tenu à Paris du 1er au 5 août 1907.

COMPTE RENDU

Par M. H. Dreyfus,
Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Le premier Congrès de Stomatologie s'est ouvert à Paris le 1er août. Nos lecteurs ont été au courant de l'organisation de ce Congrès et des polémiques qu'il a suscitées parmi les odontologistes qui ont protesté comme il convenait contre l'exclusion des dentistes qui n'y étaient admis que sur autorisation spéciale et particulière du Comité d'organisation. Cependant, après cette mise à l'index des dentistes, le Comité avait essayé d'augmenter le nombre de ses adhérents en attirant à lui certains dentistes, que le président du Congrès disait même, à un moment, très nombreux. Constatons que les dentistes non médecins qui avaient sollicité la faveur de venir se frotter à ce milieu médical étaient à peu près inexistants aussi bien parmi les Français que parmi les étrangers ; l'exemple du professeur Walkoff a montré que les étrangers ne se sont pas laissés prendre, eux non plus, au piège stomatologique.

Pour ce premier Congrès, la Société de stomatologie avait fait un gros effort et cherché à mettre à profit les exemples que ses organisateurs avaient puisé au Congrès dentaire international de Paris en 1900. Mais, malgré les efforts des organisateurs et les 250 adhérents divers qu'il comptait, le Congrès de Stomatologie, dont on avait voulu faire une grosse manifestation politique, n'effacera pas le souvenir de la manifestation grandiose que fut le Congrès dentaire international de 1900, avec ses 1200 membres, et dont nous n'avons pas à rappeler ici le succès colossal. Il ne nous en coûte pas néanmoins de reconnaître que ce fut un succès d'organisation, facilité du reste par les concours que les stomatologistes trouvent toujours dans les milieux officiels et administratifs, où le mandarinat et les boutons de corail ou de cristal sont toujours en faveur.

Mais ce succès d'organisation n'en fait que mieux ressortir le vide réel du Congrès. Celui-ci en effet n'a brillé que par les *à côtés* si nous pouvons dire ; les organisateurs avaient cherché à donner du relief à leur Congrès en y faisant venir des médecins de valeur sans doute, mais qui n'avaient avec la stomatologie que les rapports les plus lointains.

Un certain nombre d'auteurs de communications étaient : qui médecin, qui chirurgien, qui rhinologiste, mais n'avaient de leur vie

soigné une dent. Aussi nous avons été heureux de voir l'un d'eux, dermatologiste éminent, venir apprendre aux stomatologistes qu'il fallait se brosser les dents, cela leur aura toujours appris quelque chose.

On a pu voir un grand nombre de communications sur les sujets les plus divers, mais on peut dire que les affections des dents et leur traitement bien qu'elles constituent l'occupation principale des stomatologistes qui étaient là réunis ont été certainement les questions les moins traitées à ce Congrès.

C'est peut-être là où il faut trouver la vraie définition du stomatologiste : *un dentiste qui ne soigne pas de dents*. Cependant, l'un des rapporteurs veut bien convenir que « l'on peut attribuer aux dents en dernier ressort presque toutes les infections générales parties de la cavité buccale ». A assister aux communications du Congrès on ne se serait pas douté que les dents avaient tant d'importance dans la cavité buccale.

Ce développement des questions secondaires contrastait avec le vague, l'absence de précision des orateurs dès qu'ils abordaient les questions techniques même les plus simples. Il semble que les stomatologistes épèlent les mots que nous prononçons couramment. On sent qu'ils en sont à l'A. B. C. d'un métier dont les dentistes étudient la réthorique et à chaque instant on aurait besoin de les renvoyer puiser les notions fondamentales qui leur font totalement défaut à ces écoles que, toute leur vie, ils souffriront d'avoir méconnu.

*
* *

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le 1er août, à 10 heures, sous la présidence du doyen, M. Debove. M. Galippe, président d'honneur, a prononcé un discours dans lequel il a réclamé l'accès de plus en plus large des spécialités à la Faculté de médecine. Après lui, M. Cruet, président du Congrès, a pris la parole et a fait la profession de foi stomatologique que nous connaissons. L'Art dentaire et l'Odontologie, a-t-il dit, sont des expressions périmées, elles ont des racines profondes dans la médecine à laquelle elles doivent faire retour. Il considère le dentiste comme une anomalie, aussi il faut que la stomatologie absorbe l'art dentaire. Mais déjà cependant il est obligé d'entrevoir dans l'avenir la spécialisation du stomatologiste qu'il sent ne pouvoir enfermer dans sa conception étroite.

Il est inutile d'épiloguer sur ce discours, adéquat au milieu, et dont la réfutation n'est plus à faire.

M. Chomprel, secrétaire général, a donné lecture ensuite de son rapport au nom du Comité d'organisation, il y a fait allusion à l'incident Walkoff dont il s'est félicité (il faut bien faire bon cœur contre mauvaise fortune), en disant : « Nous ne voulons voir ici que

ceux qui, sortis d'une même origine, luttent pour le même but avec le même esprit. » Cela a dû faire plaisir aux quelques individualités dentaires qui avaient sollicité leur admission ; il est vrai qu'un instant avant on avait déclaré que cette réunion était un Congrès scientifique et non pas politique.

Après cette séance d'ouverture, les communications ont commencé dans l'après-midi ; nous allons en donner un résumé en groupant, pour plus de clarté, les sujets analogues. La discussion suscitée par ces communications, dont plusieurs auteurs étaient absents, a été menée très rondement par M. Cruet, président, qui parlait tout le temps, mais ne laissait pas parler les autres ; excellent moyen pour éviter la contradiction.

Deux rapports avaient été mis à l'ordre du jour, le premier concernait *Les dents considérées comme voie d'infection et d'intoxication générale*, il avait pour auteur M. Caumartin (de Lille), voici les points essentiels de ce rapport :

« Une dent est une porte ouverte sur l'organisme général, à la fois par la voie veineuse et par la voie lymphatique, soit directement quand sa pulpe est découverte, soit par l'intermédiaire des tissus environnants. En outre, si l'on veut bien songer au lien indissoluble qui existe au point de vue pathologique entre les dents et la cavité buccale, à tel point que presque tous les accidents buccaux disparaissent chez les édentés, on peut attribuer aux dents en dernier ressort presque toutes les infections générales parties de la cavité buccale.

» Conformément à la thèse de Monnier, il reconnaît aux infections à point de départ dentaire deux caractères importants : la fétidité et l'influence rapide sur l'état général par intoxication et il conclut avec cet auteur que les infections d'origine dentaire sont polymicrobiennes, causées par l'association de microbes aérobies et d'anaérobies ; ces derniers peuvent même exister seuls dans certains cas. »

Etudiant les formes cliniques il établit les formes suivantes de septicémie :

Septicémie aiguë lymphatique.
Septicémie aiguë phlébitique.
Septicémie générale sans localisation. { aiguë. / chronique.
Septico-pyohémie.

Cette division est celle adoptée par Tellier.

« SEPTICÉMIE AIGUE LYMPHATIQUE. — Sebileau et Tellier reconnaissent localement trois caractères à cette septicémie lymphatique :

» Tendance à la diffusion comme toutes les infections graves du tissu cellulaire, mais ici particulièrement rapide.

» Absence de localisation anatomique nette : la raison en est que l'infection est tellement grave qu'elle n'a pas le temps d'aboutir jus-

qu'aux ganglions et que la réaction de défense se fait d'emblée dans le tissu conjonctif autour des vaisseaux lymphatiques.

» Manque de fixité dans sa topographie, dû à la multiplicité des aboutissants des lymphatiques partis de la gencive et du ligament alvéolo-dentaire ; de sorte qu'on a pu attribuer aux localisations lympho-phlegmoneuses de cette septicémie les noms de cellulite sous-mandibulaire, sous-mentale, périhyoïdienne, latéro-pharyngienne.

» Il convient pourtant de signaler la fréquence de la localisation à la région sublinguale du plancher de la bouche, cellulite qu'on a appelée angine de Ludwig.

» Cette forme clinique de septicémie succède presque toujours à des caries compliquées ou à des extractions plus ou moins laborieuses.

» SEPTICÉMIE AIGUE PHLÉBITIQUE. — Sebileau, lui, reconnaît trois voies veineuses ouvertes à l'infection :

» 1° La veine faciale, qui vient s'anastomoser au niveau de l'angle interne de l'œil avec les branches d'origine de la veine ophtalmique principale ou supérieure ;

» 2° Le plexus ptérygoïdien, les veines du trou ovale, du trou grand rond, du trou déchiré antérieur, pour gagner le sinus caverneux ;

» 3° Les veines anastomotiques ptérygo-orbitaires.

» Dans cette forme d'invasion de l'infection, les symptômes locaux acquièrent une grande importance à cause du voisinage de deux organes essentiels, le cerveau et le globe occulaire.

» SEPTICÉMIE GÉNÉRALE SANS LOCALISATION. — a) *Aiguë :* Il peut exister une infection générale aiguë partie d'une dent sans localisation lymphatique ou veineuse : une décharge subite de toxines empoisonne d'emblée l'organisme entier sans laisser ni localement, ni à distance de traces appréciables de son passage.

(Dans cette catégorie l'auteur range toute une série d'observations où il prend, pour la cause de l'infection, un symptôme dentaire d'une infection générale d'origine différente.)

» b) *Chronique.* — L'intoxication chronique à point de départ dentaire se manifeste surtout dans le cas de suppuration abondante de la cavité buccale, due à de la polyarthrite suppurée ou à la présence de vieilles racines ramollies en voie d'élimination.

» SEPTICO-PYOHÉMIE. — Les microbes eux-mêmes partis de la dent peuvent pénétrer dans le torrent sanguin et peuvent déterminer des abcès métastatiques en des points divers et souvent multiples chez le même individu.

» INFECTION TUBERCULEUSE. — Il n'est pas impossible que le bacille de la tuberculose suive la voie dentaire pour pénétrer dans l'organisme, mais au point de vue tuberculose et en particulier tuberculose ganglionnaire les dents paraissent être surtout des voies d'entrée aux infections secondaires. »

Intoxication par poisons exogènes. — En ce qui concerne le phosphore, l'auteur pense qu'il reste logique d'admettre que la localisation si fréquente des accidents aux maxillaires, leur coïncidence ordinaire avec des dents en mauvais état, indiquent qu'il doit se faire localement, au niveau des dents cariées, une absorption de poison particulièrement intense. Il cite aussi la cocaïne, le mercure et le formol parmi les intoxications dentaires, mais il n'y a pas lieu de s'y arrêter.

« Une conclusion pratique importante dit M. Caumartin se dégage de cette étude ; on ne saurait trop faire d'hygiène et d'antisepsie buccales. Toute dent cariée, toute racine infectée est une porte d'entrée ouverte sur l'organisme : il faut la soigner ou la supprimer.

» Mais avant de pratiquer une intervention sanglante dans une bouche infectée, il est indispensable de faire une antisepsie énergique sous forme de bains fréquents et prolongés, sous peine de faire éclater ou d'aggraver les accidents généraux au lieu de les conjurer. »

M. J. Tellier revenant sur ses études sur la *Septicité bucco-dentaire et ses conséquences* qu'il présentait l'année dernière à la section d'Odontologie de l'Association pour l'avancement des sciences (V. *Odontologie,* 1906), étudie une forme particulière de celle-ci, *La gastrite septique d'origine buccale.*

« Parmi les nombreuses variétés d'affections de l'estomac auxquelles on a donné le nom de *gastrite* et qui reconnaissent des causes d'ordre si divers, il en est une qui est liée à l'existence de suppurations bucco-dentaires, ainsi que le prouve l'amélioration symptomatique qui suit la disparition de l'infection primitive. »

L'auteur présente un historique de la question où nous regrettons de ne pas voir cité M. Richard-Chauvin qui, croyons-nous, a le premier appelé l'attention sur l'intoxication générale par septicité bucco-dentaire.

« Toutes les suppurations chroniques de la cavité buccale peuvent amener à leur suite la production d'états gastriques plus ou moins bien définis, mais dont l'existence est manifestement liée à l'existence de ces suppurations. La cause la plus souvent observée des suppurations chroniques dans la bouche est la polyarthrite infectieuse ou pyorrhée alvéolo-dentaire.

» W. Hunter affirme que, plus fréquemment encore qu'à la pyorrhée alvéolaire, les troubles d'origine infectieuse buccale sont associés à l'existence des suppurations autour des dents cariées ou des racines.

» La cause des troubles gastriques est souvent attribuée à la mastication défectueuse, mais pour Galippe, pour W. Hunter, pour M. Tellier, la cause réelle des phénomènes gastriques observés et de leurs complications, c'est l'infection buccale, source constante d'infection gastrique et d'empoisonnement du sang. W. Hunter le montre dans ses observations où la désinfection de la bouche, des extractions ju-

dicieuses, l'enlèvement de couronnes, ont été suivis de la disparition ou de l'amélioration considérable des symptômes gastriques ou de leurs conséquences qui, dans un cas, avaient permis de croire à l'existence d'un cancer de l'estomac. Pour nous, dit M. Tellier, nous observons, pour ainsi dire chaque jour, des malades chez lesquels; dix ou quinze jours après le début du traitement, *on note la disparition des symptômes stomacaux, avant cicatrisation complète des plaies au niveau des extractions, avant, par conséquent, que l'état des gencives permette une mastication moins défectueuse.*

» Les symptômes de cette gastrite n'ont rien de bien particulier, signalons seulement parmi les symptômes indiqués par l'auteur une odeur, *sui generis*, peu marquée dans la période de début, et plus forte à mesure que la septicité buccale augmente, c'est une odeur de fermentation spéciale, je pourrais même dire spécifique, qu'on n'oublie pas quand on l'a constatée, et qui permet à elle seule de faire le diagnostic, les yeux fermés. »

M. J. Tellier, au sujet du diagnostic, établit en règle générale la recommandation suivante : « Chaque fois qu'on se trouve en présence d'un malade présentant les symptômes décrits ci-dessus, et en dehors des cas où les causes de ces symptômes sont évidentes, manifestes (par exemple chez un alcoolique avéré, pour ne citer qu'un seul cas), le premier soin du médecin devrait être d'examiner la bouche de son malade et de la faire mettre en état. Cela fait, et seulement lorsque cela aura été fait, si les symptômes ne disparaissent pas ou ne sont pas améliorés, il pourra songer à instituer un autre traitement, comme il l'aurait fait s'il n'avait auparavant constaté l'existence de foyers infectieux dans la bouche.

» Le traitement se borne à combattre la septicité bucco-dentaire, en faire disparaître les causes, ce sont les deux indications à remplir, avant tout traitement symptomatique des manifestations gastriques, qui ne sera jamais qu'un traitement adjuvant et le plus souvent, inutile. »

« Bien entendu, une hygiène buccale sévère doit être conseillée pour empêcher le retour des accidents. »

M. Hallopeau, le dermatologiste, a fait une communication sur *l'Hygiène et prophylaxie buccale* que l'on aurait comprise faite par un stomatologiste à des médecins, mais qui est au moins bizarre faite par un médecin à des stomatologistes.

M. Robin, qui a traité de *Cicatrisation et accidents prolongés de la plaie dentaire*, ne s'est pas montré lui non plus d'une très grande originalité et de simples dentistes s'étonneront qu'il soit nécessaire de discourir si longuement pour dire que : « la méthode antiseptique est la méthode de choix en art dentaire » et pour proscrire l'emploi de pansements occlusifs au coton, résiné ou non, dans les caries pénétrantes, l'auteur conclut en terminant :

« Que les pansements dentaires doivent toujours être occlusifs (sauf les cas de pulpites aiguës ; presque exclusivement).

» Que le topique mis en œuvre doit être un fixateur sclérogène énergique.

» Que la zone cicatricielle séparant le milieu extérieur du milieu intérieur doit toujours être parfaitement préservée des macérations des liquides buccaux. »

L'étude des kystes du maxillaire et de leur traitement a été l'objet de trois communications; la présence de M. Malassez a donné un certain intérêt à la discussion à laquelle il a pris part à plusieurs reprises pour mettre la question au point.

M. Redier (de Lille) présentait une *Note sur la pathogénie des kystes radiculo-dentaires*. Des recherches histologiques qu'il a faites sur vingt-trois cas avec des coupes en série du maxillaire, l'auteur établit ainsi à son point de vue la pathogénie des kystes petits et grands qui pour lui ont une origine identique :

« Une dent a sa pulpe infectée à la suite de carie pénétrante ou d'un traumatisme. L'infection se propage à l'articulation par le canal radiculaire et donne naissance à une arthrite chronique localisée à la partie voisine du sommet. Comme conséquence apparaît en ce point une néoformation inflammatoire, un granulome simple ou un granulome avec bourgeonnement épithélial qui est le siège d'un exsudat séreux, séro-purulent ou même purulent plus ou moins abondant. Celui-ci s'écoule au fur et à mesure de sa production par le canal radiculaire, ou bien cette voie n'étant pas libre il y a rétention et il s'accumule sur place. Alors, si la suppuration est assez abondante, le pus s'ouvre une voie artificielle à travers le tissu osseux de l'alvéole et les parties molles, comme le ferait un abcès quelconque. Si au contraire l'exsudat est peu abondant et ne contient qu'un petit nombre de globules de pus, si surtout il est circonscrit par un de ces cloisonnements épithéliaux en forme de calotte, que Malassez a si bien décrits et dont les proliférations épithéliales paradentaires sont coutumières comme il a été dit ci-dessus, il subit un véritable enkystement ; le tissu de granulation qui se trouve en dehors de la calotte épithéliale s'organise et au bout d'un certain temps il s'est produit un véritable kyste parfaitement constitué qui, ultérieurement bien entendu, pourra, sous l'influence des causes ordinaires, s'enflammer et suppurer comme tous les kystes.

» Si le petit kyste ainsi formé échappe aux causes d'infection auxquelles l'expose incessamment sa situation, chose rare mais néanmoins possible, il s'accroîtra continuellement, mais lentement et deviendra grand kyste.

» Telle est, je crois, la pathogénie des kystes radiculaires petits et grands ; cette conception diffère, on le voit, de la conception de

Malassez devenue classique, principalement en ceci que Malassez considère les petits kystes comme formés primitivement aux dépens des débris épithéliaux à la suite d'une irritation de voisinage, tandis que je les regarde comme des formations accidentelles effectuées au sein et aux dépens d'une néoplasie inflammatoire par bourgeonnement des débris épithéliaux.

« Quant à la pathogénie de Malassez, elle est certainement possible en théorie, mais je n'ai trouvé aucun fait positif, ni dans son mémoire, ni dans les publications de ses élèves, ni dans le travail d'Albarran, qui soit en contradiction formelle avec les faits et les déductions que je viens d'exposer. »

MM. Moure et Cavalié (de Bordeaux) ont présenté l'observation de *Deux cas de kyste dentigère (folliculaire) sinusien avec ectopie d'une canine supérieure.*

Le professeur Moure a pratiqué l'extirpation totale, sur deux malades, d'un kyste dentigère (folliculaire) sinusien, avec ectopie d'une canine supérieure.

Dans le premier cas la canine supérieure droite était ectopiée avec couronne et racine entièrement développées et saines. La racine était implantée dans la paroi du plancher de l'orbite (voûte du sinus maxillaire) en dehors du canal sous-orbitaire.

Dans le deuxième cas, la canine supérieure gauche était couchée obliquement, au niveau de la rencontre de la paroi inférieure du sinus et de sa paroi ascendante interne (apophyse montante du maxillaire supérieur).

Dans les deux cas, les parois du kyste venaient s'insérer circulairement autour du collet de la canine ectopiée, de telle sorte que la racine se trouvait être en dehors de la poche kystique.

L'examen histologique qui a été fait ne présente rien de saillant et il paraît probable pour les auteurs que, dans le premier cas, la canine ectopiée dans le plancher de l'orbite doit en partie sa position à son développement retardé, ce qui a permis au sinus maxillaire, en voie de formation, de déplacer cette dent.

Dans les deux cas, la présence d'un kyste renfermant la couronne d'une dent dont les parois adhèrent au collet fait penser à la persistance de l'organe de l'émail, hypertrophiée et altérée.

Contrairement à l'opinion défendue par Malassez (pénétration secondaire, par effraction, de la dent ou de sa couronne dans un kyste paradentaire, juxtaposé), nous croyons devoir admettre que toutes les parties de l'organe de l'émail, aussi bien que celle du fourreau modulant de la future racine, destinées normalement à disparaître, peuvent, par leur persistance, être le point de départ de tumeurs kystiques ou néoplasiques.

M. Rivière (de Rennes) a parlé du *Traitement des kystes paraden-*

laires, il les perce par la gencive et sans faire de curettage y fait pénétrer de la créosote.

En ce qui concerne les affections du sinus maxillaire, *MM. Moure et Brindel* (de Bordeaux) ont présenté un travail sur : *Sinusites maxillaires et ostéite* d'où il résulte que :

« Dans les sinusites maxillaires chroniques, ordinairement la muqueuse antrale est, *seule,* dégénérée, enflammée, épaissie ou fongueuse.

» 24 fois sur 270 observations recueillies à notre clinique de la Faculté de Bordeaux, la paroi osseuse présentait des lésions soit d'ostéite simple, soit de nécrose, avec ou sans formation de séquestres, soit d'ostéite fongueuse, soit encore, dans un cas, d'ostéite hypertrophiante.

» Dans 11 cas nous avons pu rapporter manifestement à la syphilis l'origine de l'inflammation osseuse.

» L'ostéite qui accompagne les suppurations chroniques du sinus maxillaire doit donc être considérée, à condition d'en reconnaître exactement la pathogénie, comme une complication bénigne, permettant dans certains cas, de révéler une affection générale ignorée, qu'il y a tout intérêt à connaître. »

M. H. Gaudier (de Lille) a fait à sa consultation rhinologique de l'hôpital une constatation qui étonnera les dentistes et même nombre de rhinologistes, puisque sur 52 sinusites maxillaires il n'en a observé que 7 reconnaissant une origine dentaire.

M. Charezieux (de Lorient), *Pénétration d'extrémités radiculaires dans le sinus maxillaire,* insiste sur les précautions à prendre en cas d'extraction de dents au niveau du sinus.

« Quand nous opérons, dit-il, sur les racines en rapport intime et même éloigné avec le sinus, nous devons non seulement opérer avec une prudence et un soin très grands, en recourant à des méthodes particulières, user par exemple de la méthode que je qualifierai de tutélaire, méthode des cautérisations ignées, mais adjoindre à nos moyens d'investigation habituels celui de nos confrères rhinologistes consistant dans l'éclairage, la translumination de la face, pour connaître l'étendue très variable de la cavité sinusienne. »

L'auteur croit utile de partir de ce point de départ pour faire une déclaration stomatologique et pousser une charge contre les dentistes ; il n'y a qu'eux auxquels cet accident peut arriver ! Ombre de Delestre voile-toi la face, ô toi, médecin, à qui cet accident fâcheux survint !

Les réactions cutanées d'origine dentaire continuent à préoccuper *M. Jacquet* qui, dans une communication sur *Les Réactions organiques d'origine gingivo-dentaire*, reprend le sujet qu'il a à maintes reprises étudié et que nos lecteurs connaissent déjà par les études qu'il pré-

senta à la Section d'Odontologie à Lyon l'année dernière et que *L'Odontologie* a publié (V. *Odontologie*, 1906). Il a présenté l'observation d'un sujet ayant de la gastralgie, de la toux, des hématémèses et une hyperesthésie profonde, troubles dont il a démontré l'origine dentaire.

Répondant à diverses questions, au cours de la discussion, il déclare au sujet de la pelade que, pour affirmer l'origine dentaire de celle-ci, il faut que la pelade siège du même côté que des lésions dentaires *en activité*.

M. Mainguy (de Nantes), étudiant la *Capilloptose d'origine bucco-dentaire*, considère que : « le symptôme des peladiques dentaires et le symptôme capilloptose bucco-dentaire paraissent étroitement unis; dans l'une comme dans l'autre, la cause productrice est l'épine irritative gingivale ou dentaire, que les voies conductrices nerveuses relient nettement à un aboutissant cutané, par action réflexe ou autre. Dans toutes les deux, mais surtout et très rapidement dans la capilloptose, la disparition de cette irritation fait aussi disparaître immédiatement le symptôme qu'elle avait produit. »

M. L. Rousseau-Decelle pense qu'il existe un *Zona d'origine dentaire*.

« L'étude de ces zonas présentant toutes les apparences du véritable zona infectieux et due cependant à une excitation banale périphérique, nous fait émettre, dit-il, l'hypothèse que s'il existe de véritables zonas infectieux, un certain nombre d'entre eux n'ont peut-être été considérés comme tels que parce que la cause périphérique a échappé. »

M. J. Tellier a parlé du *Traitement des hémorragies buccales par la gélatine ; M. P. Emile Weil*, qui n'est pas venu, avait envoyé une communication sur la *Prévention et la guérison des hémorragies hémophiliques par les injections de sérums animaux frais*. Ces injections agiraient préventivement vingt-quatre heures après, en sorte que l'on pourra enlever une dent à un hémophile le lendemain d'une injection de 20 cc. de sérum. Un tamponnement au sérum agirait de même.

M. Brown (de Milwaukee) et *M. Niculesco* (de Bucarest) ont traité l'un et l'autre du *Traitement chirurgical du bec-de-lièvre compliqué* pour lequel *M. Claude Martin* (de Lyon) et son fils ont présenté un cas de *Prothèse labio-palatine* permettant la succion chez un nouveau-né atteint de gueule de loup.

M. Morestin (de Paris) a décrit son procédé de *Traitement chirurgical de la leucoplasie buccale*. Toute leucoplasie, dit-il, est un cancer en puissance ; le traitement antisyphilitique est insuffisant ; aussi quand les plaques leucoplasiques ne sont pas stationnaires il faut intervenir chirurgicalement. M. Morestin pratique dans ce but une sorte de décortication de la langue. Fixant celle-ci par un fil de chaque côté à la base et un fil de chaque côté à la pointe, il trace, à la base de la langue, en avant du V lingual, une incision en V opposé

à celui-ci, puis partant de cette incision il pratique la décortication de toute la surface de la langue, enlevant la muqueuse et le derme. Cette opération s'accompagne d'une hémorragie abondante qui cède avec la compression.

La décortication achevée, M. Morestin par une suture en Y réunit les deux bords de la langue ensemble ce qui donne à la langue un aspect ficelé assez bizarre. On observe à la suite de cette intervention une grande réaction ecchymotique avec gonflement mais tout cela disparaît; la langue, d'abord maladroite, reprend peu à peu ses mouvements et sa forme et le résultat final est parfait. Le goût n'est pas modifié.

M. Nogué (de Paris) a parlé de son procédé d'*Anesthésie diploïque* que nous avons déjà signalé (V. *Odontologie*, 1907).

A l'aide d'un foret monté sur le tour il crée un pertuis dans la lame de tissu compacte et par ce pertuis avec une canule spéciale il injecte dans le tissu spongieux un liquide anesthésique stérilisé. Plusieurs centimètres cubes peuvent être ainsi injectés sans qu'il se produise dans le tissu osseux la moindre réaction. La plupart des filets nerveux de la dent et du ligament étant ainsi baignés par le liquide anesthésique, l'anesthésie est absolue. Elle suit immédiatement l'injection du liquide qui elle-même est indolore et parfaitement tolérée. La méthode permet de réduire à leur minimum les doses d'alcaloïdes. Un centigramme de stovaïne, cinq milligrammes de cocaïne suffisent pour l'extraction d'une dent quelconque, dilués dans un ou deux centimètres cubes de véhicule stérilisé.

L'anesthésie peut être obtenue également dans les cas de péricémentite ou d'ostéite du maxillaire.

L'auteur possède actuellement plus de 500 observations sans un accident soit local, soit général, immédiat ou éloigné et n'a jamais vu se produire de syncope.

L'auteur, par la méthode diploïque, est arrivé à obtenir l'anesthésie de la dentine et de la pulpe, du moins pour les incisives, canines et prémolaires. La condition du succès est d'injecter dans le diploé une quantité suffisante de liquide pour que tous les filets nerveux efférents de la dent en soient imprégnés. On emploiera la stovaïne à un demi pour 100, la cocaïne à un quart pour 100. On pourra ainsi injecter 2 à 4 centimètres cubes de liquide anesthésique.

Le même procédé est applicable à l'anesthésie de la pulpe et des filets radiculaires.

M. G. Pageix, lui, cherche à obtenir une *Anesthésie sectionnelle du nerf dentaire inférieur.*

Une solution anesthésique locale (cocaïne, stovaïne, etc.) portée en un point quelconque du trajet d'un nerf, réalise en ce point sa « section physiologique ». Le fait, réalisé en chirurgie, porte le nom

de méthode de « Frogius ». Cette méthode est applicable au *nerf dentaire inférieur*. Une solution anesthésique peut être portée à son contact dans sa partie qui longe la branche montante du maxillaire, au niveau de l'épine de Spix. On obtiendrait ainsi l'anesthésie de la moitié correspondante du maxillaire inférieur.

M. Ed. Beltrami (de Marseille) a repris l'étude de sa thèse inaugurale sur l'*Articulation alvéolo-dentaire.*

La membrane péridentaire n'est autre chose que la paroi folliculaire arrivée à son complet développement. Il pense que cette membrane peut être considérée comme composée de deux feuillets, l'*un interne* destiné à la production du cément et qui mérite pour ce fait le nom de *périoste cémentaire*, l'*autre externe* qui joue durant toute son existence le rôle de *lien d'union* entre la dent et l'alvéole et se transforme plus tard en appareil ligamenteux.

M. A. Herpin a cherché à établir un rapport entre la *Morphogenèse du maxillaire inférieur et les accidents de la dent de sagesse.*

Il s'est efforcé de montrer l'importance de la morphogenèse du maxillaire, sur la pathogénie des accidents de la dent de sagesse : quant aux phénomènes infectieux, selon lui, ils révèlent les accidents, en ce que le plus souvent ils représentent la manière d'être de ces accidents, mais ils ne sauraient pour lui être confondus avec la cause qui les a produits.

M. Eugène Talbot (de Chicago) a étudié les *Stigmates de la dégénérescence.*

Il montre un grand nombre de types de criminels, d'enfants anormaux, etc., de diverses races et explique ce qui constitue la difformité dans chacune de ces figures. Il attire particulièrement l'attention sur les défauts des mâchoires et des dents : saillie de l'une ou l'autre des mâchoires (prognathisme), forme en V des arcs dentaires, hypertrophie des procès alvéolaires, anomalies de nombre ou de forme des dents, etc.

M. Zsigmondy (de Vienne) a parlé de l'*Hypoplasie dentaire* et *M. Redard* (de Genève) s'est élevé, ainsi qu'il l'avait fait à Genève, l'année dernière, contre la nature exclusivement spécifique attribuée à la *Dent d'Hutchinson.*

M. Redard fait également une communication sur le procédé d'*Anesthésie par la lumière bleue* dont il est l'inventeur et dont il nous avait entretenu l'année dernière au Congrès de Genève.

C'est *M. Gires* (de Paris) qui était chargé du second rapport mis à l'ordre du jour du Congrès sur les *Principes fondamentaux du redressement des dents.* M. Gires qui est diplômé de l'Ecole dentaire de Philadelphie, a fait un rapport intéressant.

« L'orthodontie ou orthopédie dento-faciale doit avoir pour but de rendre normales des arcades dentaires anormales et, ce faisant, de ren-

dre à la face, plus ou moins déformée par des anomalies de position et de direction des dents, le contour qu'elle devrait régulièrement avoir.

» Pour atteindre le but proposé il faut rendre normaux la *forme,* la *longueur*, l'*engrènement réciproque* et l'*emplacement relatif* des deux arcades. »

Le rapporteur indique les données qui permettent d'établir la forme normale de l'arcade et sa longueur ainsi que l'engrènement réciproque des dents et les conditions qui permettent de poser un diagnostic judicieux.

« Le diagnostic des irrégularités, absolument nécessaire pour mener à bien le traitement, ne peut se faire sans étudier d'une façon approfondie : 1° le profil du sujet ; 2° la bouche ; 3° les moulages de cette bouche.

» Ces études complétées les unes par les autres et plusieurs fois répétées permettront de déterminer quels devraient être la forme, la longueur, l'engrènement réciproque et l'emplacement relatif des deux arcades. Ceci constituera le diagnostic de l'anomalie. On pourra alors préciser à quelle classe elle appartient.

» De très nombreuses observations qui ont été publiées prouvent que l'on peut faire subir aux maxillaires de très importantes modifications. Il me semble donc qu'il est toujours possible de rendre normales dans tous leurs détails des arcades dentaires anormales. En réalité, il peut et doit en être ainsi dans la très grande majorité des cas.

» Aussi un grand nombre d'auteurs interdisent d'une façon absolue les extractions dans un but de redressement. Cette règle ne souffre que de très rares exceptions.

» Si l'on a fait un diagnostic convenable, l'exécution du redressement devient facile. Pour l'accomplir on emploiera, avec ou sans changement, l'un des nombreux appareils connus. Un grand nombre peuvent mener au même résultat. »

M. Mela et *M. Bogue* ont fait l'un et l'autre une communication sur quelques points d'*Orthodontie.*

L'étude de la carie dentaire n'a guère préoccupé les membres du Congrès de stomatologie car *M. Cavalié* (de Bordeaux) est le seul qui ait fait une communication sur ce sujet : *Etude critique sur les caries dentaires* et *Les polypes de la pulpe dentaire* (V. *Odontologie,* 1907, p. 100). Nous constatons également la pauvreté des communications sur la pathologie dentaire proprement dite et sur le traitement de la carie dentaire. Sur ce dernier point, *M. Cruet* seul, rendons-lui cette justice, a fait une communication dentaire, il nous a entretenu des *Greffes dentaires chaudes.*

« Il faut entendre par greffe chaude, dit-il, l'extraction et la réimplantation presque immédiate dans son alvéole d'une dent atteinte de périostite aiguë, avec ou sans fluxion, avec ou sans abcès.

» L'extraction de la dent doit être immédiatement suivie du curettage de l'alvéole, et, s'il y a lieu, de l'ouverture de l'abcès.

» Pendant son séjour hors de la bouche, la dent, généralement cariée, doit être nettoyée à fond ; le canal ou les canaux doivent être vidés de leur contenu et aseptisés ; enfin, la cavité de la carie, les canaux et le foramen doivent être soigneusement obturés.

» La remise de la dent dans son alvéole et sa contention (s'il y a lieu) ne sont généralement suivies d'aucune douleur, d'aucune réaction inflammatoire ; non plus que d'aucun allongement, même momentané de la dent.

» La consolidation est suffisante au bout de huit jours et complète au bout de trois semaines. Elle peut durer plusieurs années (8 ans).

» L'opération de la greffe chaude, toujours suivie de succès, doit entrer dans la pratique courante. »

Le traitement de la pyorrhée alvéolaire par l'électricité a fait l'objet de deux communications. *M. Montaigne* : *Traitement de la pyorrhée alvéolaire par la cataphorèse électrique d'une solution d'iodure de potassium*, emploie un courant de 6 à 8 milliampères, durée cinq minutes ; pôle négatif, large plaque feutre ; pôle positif, lame en platine entourée d'une couche de ouate hydrophile imbibée de la solution et appliquée au niveau du collet des dents, il répète ces applications tous les cinq jours et dit obtenir la guérison en cinq séances.

Il se fait au pôle positif de l'iode à l'*état naissant* qui a un pouvoir bactéricide et antiseptique de premier ordre.

M. Decréquy (de Boulogne-sur-Mer) emploie, lui, *Les courants à haute fréquence dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire*. Ce dernier mode de traitement doit déjà être très populaire puisque les journaux politiques de la région qu'habite son auteur l'annoncent déjà dans leurs colonnes avec les plus grands éloges.

M. E.-S. Talbot : *L'auto-intoxication acide et les maladies générales considérées comme causes de l'érosion et de l'abrasion*. L'érosion et l'abrasion sont pour lui une seule et même maladie, consistant en la lente destruction des tissus dentaires : l' « érosion » est l'usure des faces masticantes, l' « abrasion » celle de la surface de la dent.

D'après M. Talbot, trois causes sont nécessaires pour la production de l'érosion et de l'abrasion :

1° Une maladie organique qui modifie la structure de la dent ;

2° La sécrétion d'acides par les glandes muqueuses ;

3° Le frottement (des lèvres, des joues, des corps étrangers ou des dents l'une contre l'autre) a pour résultat de polir les cavités causées par les acides.

En prenant le degré d'acidité de l'organisme, il a remarqué que l'auto-intoxication acide accompagne généralemement l'érosion et l'abrasion.

La diminution d'alcalinité du sang, ou l'intoxication acide, cause la contraction des artérioles de la pulpe, diminuant l'approvisionnement de sang, et les dents changent de couleur, *s'amollissent* et s'étiolent. Les acides sécrétés dans la bouche et le frottement détruisent alors rapidement les dents altérées.

Faisons remarquer que l'auteur est en contradiction avec la plupart de ceux qui ont étudié la question quand il dit que les dents s'amollissent, puisque au contraire tout le monde est d'accord pour reconnaître que cette affection atteint surtout les dents fortement minéralisées.

La prothèse a eu peu de fervents. *M. Amoëdo* a fait une communication sur les *Articulateurs* et diverses présentations dont nous avons déjà parlé à propos du Congrès de Reims (V. p. 153).

M. Ferrier a étudié *L'involution des procès alvéolaires dans leurs rapports avec les travaux de prothèse.* Il a cherché à savoir si la pose précoce d'un appareil de prothèse favorisait ou entravait la résorption alvéolaire, mais il ne nous a pas paru que, de ses recherches, découlassent des résultats bien concluants.

Au point de vue de l'instrumentation *M. J.-M. Chateau*, se basant sur des considérations tirées de l'optique, de la physiologie et de la pathologie pense qu'*Il faut substituer le miroir plan au miroir concave*, il fait voir, dit-il, mieux et sans fatigue ; son image est plus nette (plus parfaitement au point), elle est plus exacte (pas de déformation), elle est plus éclairée.

Des démonstrations pratiques ont lieu à St-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à la Faculté, il ne nous a été possible d'en voir qu'un petit nombre parmi lesquelles nous signalerons les présentations de *MM. Claude* et *Francisque Martin* d'*Appareils pour le redressement du nez* et d'*Appareils pour fractures du nez*. Celles de *M. Nogué* sur l'*Anesthésie diploïque* dont nous parlons plus haut.

M. Röse a fait également des démonstrations analogues à celles qu'il a faites à Reims (V. p. 165).

Signalons en terminant une communication de *M. Arköwy* (de Budapesth) sur *La nécessité d'une réforme sérieuse de la terminologie stomatologique* qui a fait l'objet d'un vœu conforme du Congrès à sa dernière séance.

Egalement à la dernière séance M. Siffre a fait adopter un vœu tendant à ce que tous les emplois publics de dentistes soient réservés aux gradués en médecine.

Le Congrès enfin a émis le vœu qu'un Congrès de stomatologie ait lieu tous les trois ans à Paris.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de 1907. Amsterdam 8 et 9 août 1907.

COMPTE RENDU

Par M. Maurice Roy.

La F. D. I. a été frappée cette année par un deuil cruel, son président Miller, étant mort comme on l'a vu plus haut, quelques jours avant l'ouverture de la session de 1907. C'est pour la Fédération une perte considérable ; elle était heureuse et fière de voir à sa tête le savant éminent qu'était Miller qui, par sa participation active aux travaux de la F. D. I. qu'il présidait avec tant d'autorité, montrait qu'il s'intéressait à tous les problèmes professionnels et que rien de ce qui était dentaire ne lui était étranger. Jusqu'à ses derniers moments, il avait travaillé pour cette Fédération dont il comprenait toute l'importance et tout l'avenir. On a pu lire, à côté de son portrait, la lettre navrante, écrite au crayon que, de son lit de mort, il écrivait à notre ami Godon pour s'excuser de ne pouvoir assister à la réunion d'Amsterdam et on a lu plus haut l'admirable discours qu'il avait joint à sa lettre, discours qu'il avait préparé pour l'ouverture de la session. On peut dire que sa dernière pensée aura été pour la Fédération dentaire internationale. Aussi, c'est au milieu d'une émotion profonde que M. Godon, président d'honneur, en ouvrant la première séance de la F. D. I., a annoncé la triste nouvelle et a prononcé l'éloge funèbre du grand savant que la science dentaire pleure aujourd'hui et dont la perte frappe si cruellement la Fédération. Celle-ci, s'associant aux paroles de son président d'honneur a envoyé une adresse de sympathie à la famille de M. Miller et a levé immédiatement sa première séance en signe de deuil. Une commission a été en outre désignée pour étudier le meilleur moyen de perpétuer par un témoignage durable le souvenir des services rendus par Miller à la Fédération.

Mais la disparition des personnalités même les plus éminentes ne doit pas arrêter la marche des sociétés ; quand un soldat de l'idée tombe dans la bataille de la vie, les autres serrent les rangs et continuent la marche en avant après avoir rendu le suprême hommage au bon soldat de la cause tombé au champ d'honneur.

La F. D. I. se trouvant sans président, M. Sauvez, premier vice-président, fut désigné pour remplir les fonctions de président jusqu'à l'année prochaine, où une décision sera prise pour assurer la présidence jusqu'au Congrès de Berlin, en 1909, qui renouvellera les pouvoirs de la F. D. I. Celle-ci en effet, ainsi que l'a rappelé M. Sauvez en prenant la présidence, est le lien, le trait d'union entre les Congrès internationaux dont elle assure la continuité d'esprit.

Après la manifestation de douloureuse sympathie dont nous avons parlé, la F. D. I. a abordé le cours de ses travaux qui ont débuté par la lecture de l'adresse que son regretté président Miller avait envoyé à cette séance (V. p. 105). Cet admirable exposé de la question de l'éducation professionnelle du dentiste, aussi distingué par la forme que par l'élévation des idées, a fait une impression profonde sur tous les assistants et a encore augmenté, s'il est possible, les regrets de voir disparu à jamais cette grande intelligence.

Après cette adresse les délégués des divers pays représentés vinrent apporter à la Fédération le salut de leur pays et des sociétés qu'ils représentaient. Successivement prirent la parole : MM. Grevers (d'Amsterdam) pour la Hollande, Walkoff (de Munich) pour l'Allemagne, Guy (d'Edimbourg) pour l'Angleterre, Weiser (de Vienne) pour l'Autriche, Rosenthal (de Bruxelles) pour la Belgique, Aguilar (de Madrid) pour l'Espagne, Harlan (de New-York) pour les Etats-Unis, Roy (de Paris) pour la France, Guérini (de Naples) pour l'Italie.

Parmi ces allocutions nous retiendrons particulièrement celle de M. Weiser, délégué de l'*Union centrale des Stomatologistes d'Autriche*. Bien que, ainsi qu'il l'a dit, les tendances générales des stomatologistes autrichiens, ne s'accordent pas avec les programmes d'enseignement de la F. D. I., il a tenu à déclarer « que les stomatologistes autrichiens s'étaient opposés à l'idée qui leur a paru injuste d'exclure les odontologistes des Congrès internationaux de médecine. Les confrères autrichiens, a-t-il dit, ont parfaitement le sentiment de la communauté des intérêts de tous les dentistes du monde, aussi reconnaissent-ils pleinement les efforts scientifiques et humanitaires de la F. D. I. et ils la félicitent du zèle témoigné par elle durant tant d'années dans l'intérêt de notre chère profession ».

Il convient de féliciter les stomatologistes autrichiens de leur esprit de loyauté qui sait leur faire mettre la justice et les intérêts scientifiques et moraux de leur profession au-dessus de l'esprit étroit de caste et des intérêts particuliers. Cela contraste étrangement avec la conduite des stomatologistes français dont les stomatologistes autrichiens se distinguent encore en ce qu'ils ont organisé un enseignement professionnel dans leur pays et en ce qu'ils s'efforcent d'obtenir l'obligation d'études techniques et d'un diplôme spécial pour les médecins voulant exercer l'art dentaire.

Après cette séance d'ouverture, la F. D. I., ayant réglé l'ordre de ses travaux, se répartit en ses diverses commissions dont nous résumerons succinctement les travaux. Les décisions prises par chacune d'elles furent finalement adoptées en séance plénière de la F. D. I. dans la séance de clôture.

Conseil exécutif. — Le Conseil exécutif, qui a dans ses attributions la partie administrative de la F. D. I., a ratifié la nomination

comme membres pour l'Allemagne de MM. Hall et Dick (de Berlin), désignés par le *Central Verein deutcher Zahnartz*, en remplacement de MM. Hesse et Miller, décédés. Il a admis la Société Odontologique de France représentée par M. Amoëdo, son président, il a admis également M. Quarterman (de Bruxelles). Le Conseil a réglé ensuite diverses questions relatives aux statuts et à la trésorerie, en vue d'assurer l'unité des uns et la simplification de fonctionnement de l'autre, ainsi qu'une plus grande facilité de contrôle.

Le Conseil de la F. D. I. a tenu à s'associer à la protestation dont M. Miller et la *Société centrale des dentistes allemands* avaient pris l'initiative au sujet de l'exclusion des dentistes des Congrès internationaux de médecine (V. *Odontologie*, 15 juin 1907).

On se rappelle cette protestation qui a été adoptée par la Société d'Odontologie de Paris et un grand nombre de Sociétés professionnelles. Cette protestation, soumise à la Fédération, fut adoptée par celle-ci sous la forme suivante proposée par M. Guy :

Le Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale regrette la décision par laquelle la commission du Congrès médical international exclut les dentistes du prochain Congrès de Budapest. Le Conseil exécutif désapprouve cette mesure qui est opposée à la dignité et à l'intérêt de la profession dentaire ; opposée aussi au progrès de la science dentaire, qui ne peut être vraiment représentée par une section stomatologique qui ne comprend pas les dentistes.

Cette protestation sera envoyée par le bureau de la F. D. I. au Comité d'organisation du Congrès de Budapest.

Enfin, le Conseil exécutif a fixé le lieu de la réunion de 1908 pour laquelle il avait reçu deux invitations l'une pour New-York de la *National Dental Association*, l'autre pour Paris de la *Fédération dentaire nationale française*. Ecartant ces deux lieux de réunions pour des raisons d'organisations particulières, le Conseil, sur la proposition de M. Paterson, a décidé de tenir la session de 1908 à Bruxelles, au mois d'août.

Commission d'enseignement. — Cette Commission a d'abord ratifié l'ensemble des résolutions relatives à l'enseignement qui avaient été adoptées dans les sessions précédentes et qui avaient été, suivant décision prise l'année dernière, collationnées par MM. Guye (de Genève) et Roy (de Paris). (Voir *Odontologie*, 1907).

Elle a adopté ensuite en principe un rapport de M. Guy (d'Edimbourg) au nom de la sous-commission spéciale et comportant un programme minimum et un programme idéal d'études dentaires destinés à servir de base pour l'établissement du plan des études dans es écoles des divers pays. Dans ce programme, que nous publierons ultérieurement, on s'est efforcé, en prenant pour base les décisions antérieures de la Commission, de répartir de la meilleure façon pos-

sible les diverses matières du programme d'études adopté à Stockholm et à Madrid par la F. D. I. et que nous rappelions ci-dessus.

Sur rapport de la sous-commission spéciale, la Commission a adopté la résolution suivante au sujet du projet de création d'une *Commission consultative internationale* (International advisory board) présenté l'année dernière par M. Roy (de Paris).

La Commission consultative internationale (International Educational Information Board), chargée de renseigner sur les programmes des écoles des divers pays et la valeur des diplômes qu'elles délivrent, est composée, dans chaque pays, d'un délégué désigné par le Comité national de la F. D. I. de ce pays.

Il est passé à l'ordre du jour sur la proposition de M. Guillermin (de Genève), demandant la connaissance de la langue latine pour l'admission dans les écoles dentaires, cette proposition rentrant dans les propositions adoptées antérieurement par la Fédération.

La proposition du même auteur relative au doctorat en chirurgie dentaire est renvoyée à l'année prochaine, après avis de la Commission internationale consultative.

M. Guérini (de Naples) avait présenté un travail sur les rapports respectifs des études dentaires et des études médicales. La Commission, modifiant la forme des conclusions de l'auteur, adopta sur la proposition de M. Roy les deux résolutions suivantes :

La F. D. I. considère que l'exercice de l'art dentaire doit être réservé à ceux qui ont fait des études dentaires complètes et possèdent le diplôme spécial de dentiste.

La F. D. I., ayant entendu la communication de M. Guérini, considère que, en Italie, comme en France, en Belgique, en Autriche, en Hollande, aux Etats-Unis, le diplôme de médecin, à lui seul, ne présente aucune garantie au public pour l'exercice de l'art dentaire.

Commission d'Hygiène. — Cette Commission a approuvé les propositions faites à Hanovre et à Genève. Elle a accepté l'opuscule de son regretté président Miller sur l'*Hygiène dentaire* avec une addition proposée par M. Godon concernant les irrégularités des dents, leurs dangers et les avantages d'un prompt redressement.

Un exemplaire du livre de M. Withaus (de Rotterdam) sur l'*Enregistrement régulier du traitement dentaire des enfants des écoles* sera envoyé à tous les comités nationaux pour statuer s'il doit avoir l'approbation de la F. D. I.

Commission de Terminologie. — La Commission a accepté l'offre faite par M. Walter Coffin de collaborer à la nouvelle édition du « Dictionnaire dentaire » de Chapin Harris, sans responsabilité financière pour la F. D. I. Elle a décidé en outre qu'un rapport spécial sur la Terminologie dentaire serait présenté à la prochaine assemblée.

Commission de Jurisprudence et de Déontologie. — Cette Commis-

sion a proposé comme code international de Déontologie celui de la Δ Σ Δ. Elle a décidé de faire une compilation des lois des Etats de New-York, Pensylvanie et Suisse pour l'étude des pénalités contre l'exercice illégal. La Commission enfin a recommandé, pour combattre l'exercice illégal, tout ce qui peut faire l'éducation dentaire du public (conférences, projections, etc.).

Commission de la Presse. — La création du *Bulletin de la F. D. I.*, qui avait été votée l'année dernière, avait présenté des difficultés telles que M. Guye (de Genève), qui avait bien voulu essayer de s'en charger, s'était vu dans l'impossibilité de réaliser ce projet et avait donné sa démission. Sur la proposition de M. Godon, on a décidé que le *Bulletin de la F. D. I.* serait publié par chaque Comité national en sa langue et à ses frais, avec les documents fournis par le secrétariat de la F. D. I. traduits par le Comité national. Il doit paraître au moins deux fois par an.

Ce rapide compte rendu donnera une idée du travail considérable accompli à la F. D. I. par les confrères les plus qualifiés qui, de tous les points de monde, viennent avec le plus grand désintéressement, discuter des grands intérêts de leur profession. Enseignement, hygiène, jurisprudence, etc., toutes les questions y sont étudiées en vue du seul progrès de la profession à laquelle tous les membres de la F. D. I. sont profondément attachés.

L'œuvre accomplie jusqu'à ce jour par la Fédération est déjà considérable, et elle est appelée dans l'avenir à jouer le rôle le plus éminent en établissant, entre toutes les Sociétés dentaires du monde, ce lien qui coordonnera leurs efforts et leur permettra de produire le maximum d'effet utile pour le plus grand bien de la science et de la profession dentaire.

En terminant ce rapide compte rendu, nous ne pouvons nous dispenser d'adresser nos plus vifs remerciements à nos confrères hollandais pour la façon cordiale et charmante avec laquelle ils ont reçu les membres de la F. D. I. dans leur belle ville d'Amsterdam si curieuse, avec son architecture originale, ses canaux et ses ponts qui en font la véritable Venise du Nord et si intéressante par ses admirables musées. Les congressistes avaient été reçus le soir de leur arrivée au café de Kroon, le jeudi une soirée avec concert leur avait été offerte au Jardin Zoologique où, le vendredi soir, avait lieu le banquet. Le samedi, après le Congrès, on leur a offert une très intéressante excursion à l'Ile Marken. Nous remercions tout particulièrement MM. Grevers et de Boer (d'Amsterdam) qui se sont prodigués pour préparer cette session et pour nous rendre, à tous, plus agréable encore le séjour dans leur beau pays.

27e ANNÉE. N° 17 15 SEPTEMBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES APPAREILS EXPANSEURS EN ORTHODONTIE

Rapport au Congrès de Reims, août 1907.

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'Avancement des Sciences.

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S., D. E. D. P.

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Considérations générales. — Avant d'entreprendre l'étude des appareils expanseurs il me semble utile de faire quelques observations sur l'expansion en orthodontie ; ce rapport va, en effet, ouvrir la discussion sur l'expansion en général. Je crois que nous devons profiter de cette opportunité pour discuter très largement ce traitement initial d'un grand nombre de cas de redressement des dents.

Depuis longtemps, l'expansion des arcades dentaires fit l'objet de nombreuses recherches sur les moyens mécaniques de l'obtenir. Le premier appareil de ce genre fut imaginé et appliqué par *Lefoulon* en 1839 ; mais si l'on a beaucoup travaillé pour remédier à l'atrésie des maxillaires, il me semble que l'on chercha beaucoup moins à expliquer comment cet écartement des arcades se produisait. Quelle est la physiologie de ce mouvement des maxillaires ? A cette question on nous répond par des hypothèses : cer-

tains, *S.-H. Guilford*[1], *Martinier*[2], prétendent que les os maxillaires s'écartent l'un de l'autre à leur ligne d'union; MM. *Bogue, d'Argent*[3] et *J.-N. Farrar*[4] disent que l'expansion est due à l'affaissement du plancher de la voûte palatine, d'autres enfin croient que seules les dents sont déplacées entraînant avec elles les tables alvéolaires internes et externes, modifiant ainsi l'aspect de la bouche.

En somme, l'expansion n'était regardée que comme un moyen d'obvier aux anomalies de position des dents. « Les dents sont trop serrées, l'espace manque pour évoluer à leur propre place, écartons les maxillaires », ainsi pourraient se résumer maintes interventions en orthodontie. Et cela se conçoit, l'orthodontie fut trop longtemps un art empirique, sans méthodes précises; c'est aujourd'hui une science et nous devons baser notre traitement non seulement sur des observations mais aussi et surtout sur des données scientifiques.

Nous n'avons plus le droit de dire: dents serrées, écartons. Les dents, les arcades ont entre elles des rapports bien déterminés, là est le premier point sur lequel nous devons porter toute notre attention. *I.-B. Davenport* en 1887, démontrant le rapport des dents entre elles, fit ressortir l'utilité absolue de maintenir les dents à l'état d'occlusion normale lorsqu'il combattit l'extraction presque méthodique que l'on faisait alors de la dent de 6 ans, pour empêcher les anomalies de positions futures, disait-on..... pour faire de la place aux dents à venir, on sacrifiait les quatre molaires qui sont en quelque sorte la clef de l'arrangement des dents entre elles! *C. Godon*[5], dans son travail, sur le polygone des forces, reprit la question, nous montrant que le maintien de l'occlusion ou sa correction doit guider toutes nos opérations qu'elles ressortent de la prothèse ou de la dentisterie opératoire.

---

1. *S.-H. Guilford*, Orthodontia, 3e édition.
2. *Martinier*, Clinique de prothèse dentaire, 2e édition. Physiologie du redressement, p. 187.
3. *D'Argent*, Communication au Congrès d'Angers (A. F. A. S.), 1902.
4. *J.-N. Farrar*, Irregularities of the teeth and their correction.
5. *Odontologie*, 1905-1906.

E.-H. Angle[1], dans sa méthode de redressement, base sa classification sur l'occlusion ; c'est à lui que nous devons une classification scientifique des anomalies de position des dents, c'est à lui que revient l'honneur de l'orthodontie moderne, l'orthodontie scientifique ; avec lui nous trouvons très nettement indiqués, les cas qui nécessitent l'expansion des arcades, il ne nous dit plus : dents serrées, écartons — mais d'abord : rapports des maxillaires entre eux. Les dents antérieures chevauchantes peuvent l'être à cause de l'atrésie du maxillaire, du trop grand volume des incisives, etc., ou, et voici l'œuvre d'*Angle* à cause des rapports anormaux des maxillaires, le maxillaire supérieur est en rapport mésial avec le maxillaire inférieur, classe II, c'est-à-dire que, la 1re molaire supérieure, venant s'articuler avec la 2e prémolaire et la 1re grosse molaire inférieure, il n'y a plus dans la portion antérieure du maxillaire supérieur, place que pour huit dents, alors qu'elle doit en contenir dix, d'où chevauchement, antéversion, rétroversion, prognathisme.

E.-H. Angle nous donne pour ainsi dire les règles qui ordonnent l'expansion des maxillaires, mais cette expansion est encore du domaine empirique ; quand doit-on s'arrêter et dans quelle mesure devons-nous élargir exactement ?

MM. Hawley[2], *Campion*[3], *Pont*[4] précisent, ils apportent chacun une méthode pour trouver la forme exacte que doit avoir l'arcade par rapport au volume des dents qu'elle doit contenir. *M. Hawley* base sa méthode de traiter la parabole sur celle de *Bonwill* dont nous connaissons les lois sur l'occlusion et leur application à la construction des appareils de prothèse dentaire.

Nous sommes actuellement, parfaitement outillés pour aborder scientifiquement l'expansion. D'une part les lois de l'occlusion, d'autre part la classification des anomalies et

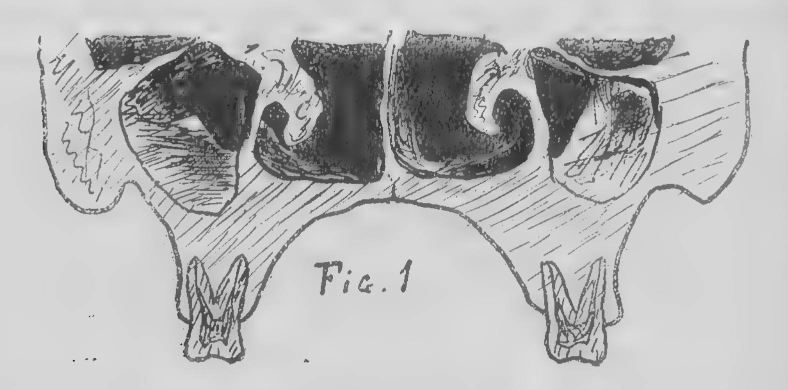
---

1. *E.-H.Angle*, 6e édition, American text-book of operative dentistry, 3e édition.
2. « Détermination de l'arcade normale et ses applications à l'orthodontie », *Dental Cosmos*, 1906, *Odontologie*, 15 février 1907.
3. Communication au Congrès de la *British Dental Association*, 1906.
4. « Contribution à l'étude du traitement de l'atrésie du maxillaire », communication au Congrès de Lyon (A. F. A. S.), août 1906.

enfin la possibilité de tracer sur papier, à l'avance, la forme mathématique que doit avoir l'arcade que nous nous proposons de modifier, sont autant de facteurs qui doivent présider à notre intervention et la guider jusqu'à la fin du traitement.

Causes de l'atrésie. — Je ne rappellerai que pour mémoire les causes de l'atrésie; elles peuvent être héréditaires, quoique la théorie des dents volumineuses d'un parent et du maxillaire étroit de l'autre parent ne me paraît pas fortement établie, la nature, dans son amour de l'harmonie, semble toujours proportionner les dents au maxillaire; il y a certes des exceptions, mais je crois que nous sommes d'accord pour les reconnaître assez rares. Il y a surtout les causes acquises : générales-rachitisme, locales-respiration buccale due à l'insuffisance nasale (polypes, végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales), les habitudes vicieuses — succion des pouces, de la langue, qui par le jeu des muscles agit par pression constante sur les parties latérales de l'arcade, enfin, l'extraction des dents permanentes.

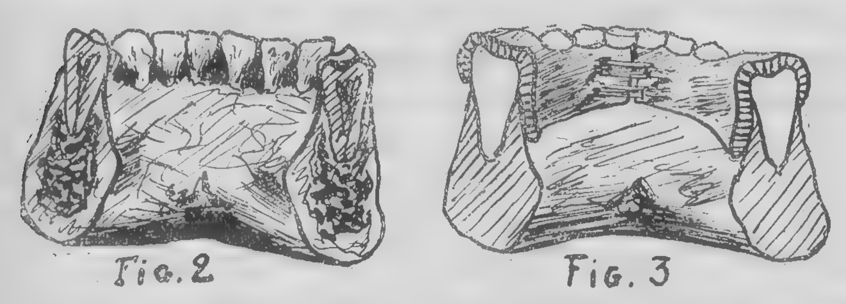
Mécanisme physiologique de l'expansion. — Si nous examinons un maxillaire supérieur et que nous supposions que le corps de l'os va se modifier sous l'action de l'appareil que nous destinons à corriger l'atrésie (fig. 1), nous sommes


Fig. 1

amenés à conclure que l'élargissement osseux se produirait au point offrant le moins de résistance c'est-à-dire le plus faible en volume; ce point se trouve être à la ligne médiane, à la suture des deux os maxillaires, et nous serions amenés

à supposer que les deux maxillaires s'écartent l'un de l'autre ; or cet écartement, s'il était minime, serait sans importance, mais, si comme il nous arrive d'avoir à le faire pour la correction de l'arcade, cet écartement devait porter sur un centimètre, je crois que nous aurions hâte de réarticuler ces deux maxillaires et de chercher à obtenir par un autre moyen la correction de l'atrésie.

Si d'autre part nous prenons un maxillaire inférieur (fig. 2) il nous serait permis d'admettre que le corps de l'os en entier subit la modification que nous désirons donner à l'arcade, en supposant, que les appareils employés à cet effet, agissent sur le corps de l'os ; malheureusement, il n'en est pas ainsi comme le montre la fig. 3, les appareils agis-


Fig. 2 Fig. 3

sent sur les dents et l'alvéole et nous sommes bien obligés de supposer que les dents et les tables alvéolaires seules se déplacent, car leur résistance à l'effort est beaucoup plus faible que celle du corps du maxillaire d'une part, et la force n'agit que sur eux et non sur le maxillaire d'autre part.

De plus tous ceux qui font de l'orthodontie savent par expérience que l'atrésie ne se corrige pas symétriquement, il y a toujours un côté de l'arcade s'écartant plus que l'autre et cela à cause de la position anormale des dents. Nous pouvous donc conclure que ce n'est pas directement sur le corps du maxillaire qu'agissent les appareils, mais bien sur les dents car, quelle que soit la position occupée par les dents, quelle que soit la résistance résultant de cette position, si nous agissions sur les maxillaires, la force ne saurait nullement entrer en ligne de compte avec la résistance due à la

position anormale des dents, les arcades étant en ce cas, seules et en blocs déplacées, leur résistance à l'écart égale, nous devrions toujours obtenir un écartement symétrique.

Le mouvement des dents, comme l'a démontré *Farrar* s'opère de deux façons :

1° Par transformation osseuse (ostéite raréfiante — ostéite condensante) ;

2° Par élasticité des bords alvéolaires.

En réalité la correction de l'atrésie ne s'obtient que par l'élasticité des tables alvéolaires.

C'est ainsi que nous observons la facilité relative de corriger l'atrésie chez les malades à voûtes palatines dites en ogives ou la rapidité avec laquelle l'écartement de l'arcade inférieure (à bords alvéolaires minces) se caractérise de l'écartement plus lent de l'arcade supérieure (à bords alvéolaires épais) chez un même sujet.

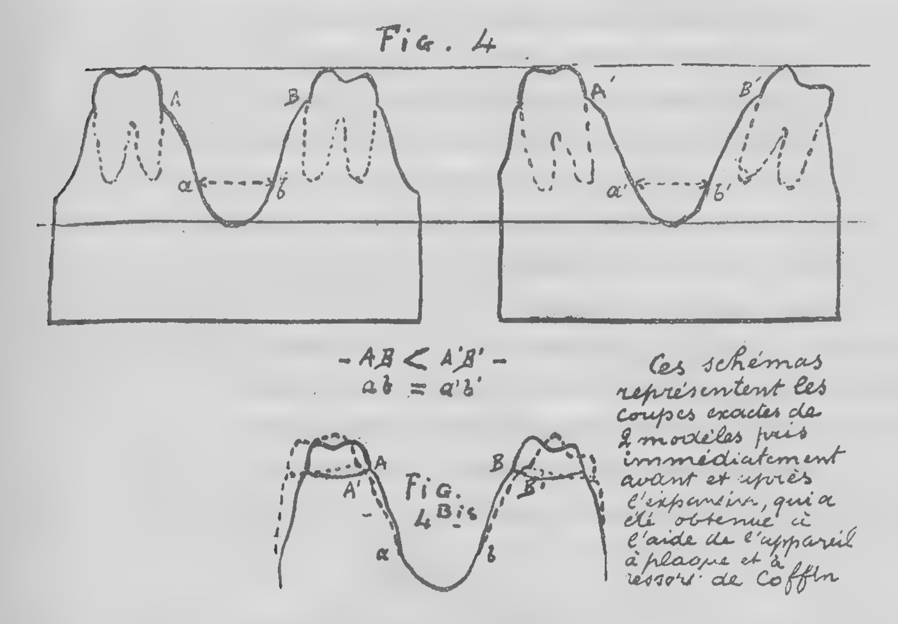
On a souvent confondu l'écartement des maxillaires, auquel je ne crois pas, et l'élargissement de l'arcade par le déplacement externe de tout le bloc des molaires et prémolaires. Je n'en veux pour exemple que les nombreux modèles que l'on nous montre avant et après le résultat ; examinez-les tous, s'ils ont été pris immédiatement après l'intervention, les dents sont obliques buccalement dans une proportion égale à celle de l'écartement obtenu.

Les voûtes palatines en V forment un exemple frappant de l'élasticité des bords alvéolaires qui sont très minces et par conséquent suivent facilement le mouvement des dents. Si vous examinez attentivement les modèles d'un redressement de voûte en ogive vous remarquez que l'écartement, qui étonne tout d'abord et semble être dû au déplacement du corps du maxillaire, n'est qu'une illusion d'optique, la voûte garde sa profondeur, elle n'est diminuée par rapport à la hauteur des cuspides que parce que les dents se sont déplacées obliquement, et l'écartement de la voûte se réduit en réalité à l'écartement des tables alvéolaires, comme le montrent les figures 4 et 4 *bis*.

Les mêmes remarques s'appliquent à la correction de l'atrésie des maxillaires inférieurs.

Règles générales[1]. — Avant d'entreprendre l'étude des appareils expanseurs il me semble utile de dire quelles sont à mon sens, les conditions que ces appareils sont appelés à remplir pour garantir le maximum de chances de succès.

— Les irrégularités dentaires étant fréquemment associées à des troubles pathologiques généraux ou locaux il me semble utile de dire que le premier soin de l'orthodontiste est de faire l'étiologie du cas à traiter et soumettre le malade à une intervention médicale ou chirurgicale, si besoin est (rachitisme, anémie, polypes, etc.).



— Lorsqu'on entreprend un cas d'orthodontie il ne faut penser au traitement ou à l'appareil à employer qu'après avoir bien déterminé la classe à laquelle appartient l'anomalie à corriger, et toute particularité ou variante de la classe du cas à traiter doit être parfaitement comprise; alors seulement on doit décider de l'appareil ou des points d'appui à employer. La classification d'*Angle* me semble actuel-

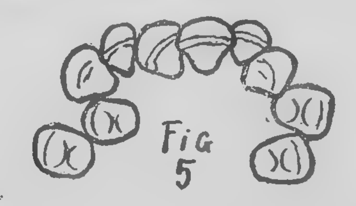
1. Ces règles générales sont pour la plupart empruntées à E.-H. Angle.

lement être la seule rationnelle, on trouve dans cette classification place pour toutes les irrégularités portant sur les dents individuellement, leur ensemble, leurs rapports entre elles, les arcades et leurs rapports réciproques. Je ne saurais trop appuyer la théorie de *I.-B. Davenport, Bonwill, Angle, Godon,* etc. sur les rapports mésio-distaux des arcades, rapports qui forment la base de tout traitement d'orthodontie.

— Avant toute intervention dans le traitement d'un cas, il est indispensable d'avoir une conception parfaite de ce qu'il est nécessaire de faire, ceci ne peut être acquis que par l'étude approfondie des modèles, des dents naturelles, de l'occlusion et de l'expression faciale.

— A l'aide des méthodes de *Hawley*, de *Campion* ou de *Pont*[1], il est indispensable de tracer sur papier la forme que nous devons donner à l'arcade, cette précaution facilite beaucoup notre traitement et a l'immense mérite d'offrir une donnée mathématique qui transforme notre intervention empirique en intervention scientifique.

— Si une dent en malposition est en quelque sorte coincée par les autres dents (fig. 5) aucune tension ne doit



être exercée sur elle avant que les autres dents, par leur mouvement partiel, ne lui aient fait place, et cela durant toute l'intervention qui doit se faire sur la dent coincée ; son mouvement doit suivre celui des dents gênantes mais ne doit jamais le précéder.

— A chaque visite du malade les décisions dans les changements à opérer sur l'appareil doivent être prises sans délai, avec grand soin en leur donnant le maximum d'action.

---

1. Voir notes bibliographiques, page 201.

Les malades ne doivent jamais quitter le fauteuil sans que l'orthodontiste soit persuadé d'avoir accompli tout ce qu'il pouvait et que chacune des parties de l'appareil effectuera entièrement et parfaitement le travail pour lequel elle fut appliquée. L'appareil doit donc être compris de façon à faciliter la modification rapide et sûre des forces, et cela sur tous les points d'action qui doivent être aussi multiples que nécessaires.

— L'appareil doit être d'une construction simple le moins gênant possible, le plus facilement modifiable.

— Il doit être parfaitement et soigneusement ajusté afin d'éviter les retards qu'occasionnent réparations, glissements ou changements, ces retards interviennent fâcheusement dans le résultat final et la durée du traitement.

— L'appareil doit être facilement nettoyé.

— Le meilleur résultat dans le traitement d'une dent ne peut être obtenu que par l'application raisonnée de la force nécessaire à stimuler l'absorption : cette force peut être immédiate-intermittente (vis), ou continue (ressorts, élastiques). Je préfère de beaucoup la force immédiate faible (une légère sensation de douleur au moment où on l'exerce) suivie d'une force continue très légère. Employer une grande force à des intervalles plus ou moins éloignés ne sert qu'à retarder l'absorption, exciter l'inflammation, causer une douleur inutile à notre malade, et mettre en danger la vitalité de l'organe.

— Il ne doit pas être oublié que corriger les irrégularités d'une des deux arcades n'a de chance de succès qu'autant que les dents de l'arcade opposée s'articulent normalement avec leurs antagonistes. Les deux arcades doivent toujours être considérées dans le traitement d'un cas de malposition dentaire si simple soit-il.

— L'importance de : 1° l'occlusion ; 2° les relations que chaque dent présente avec toutes les autres dents des deux maxillaires font qu'avant de sacrifier une dent le cas doit être longuement et sûrement réfléchi. Je crois pouvoir dire que l'extraction est presque toujours condamnable, le ré-

sultat éloigné étant trop incertain, et le plus souvent désastreux comme nous le voyons tous les jours en pratique courante.

— Le mouvement imprimé aux dents doit être étudié de façon à ne jamais permettre à celles-ci un retour, même très faible, vers sa position primitive. Le mouvement peut être interrompu aussi souvent qu'il est nécessaire, mais les dents doivent toujours être maintenues à la place acquise. S'écarter de ce principe comme on le fait usuellement avec des appareils mal compris, défectueux, dont le retrait fréquent pour modification, nettoyage, etc., est nécessaire — est causer au malade toute la douleur et tout l'ennui attribués aux appareils de redressement. Intelligemment compris et conduit le mouvement d'une dent doit être pour ainsi dire toujours indolore.

— A défaut d'apprécier l'opportunité d'études artistiques (art facial) l'orthodontiste diminue considérablement sa valeur. Tous ceux qui veulent atteindre un véritable succès dans la pratique de cette branche de notre profession doivent s'astreindre à l'étude approfondie de la face s'inspirant du beau, de l'harmonieux, à une observation constante des lignes et contours de la figure, de leur relation avec les dents et de leur influence sur elles. — L'appréciation intelligente des principes de l'art en rapport avec l'orthodontie et leur application réfléchie forment une condition essentielle de succès dans la pratique du redressement.

Appareils expanseurs. — Les appareils expanseurs peuvent être groupés en trois classes :

1° Les appareils amovibles à plaques ;

2° Les appareils amovibles sans plaque ;

3° Les appareils à postes fixes sans plaque.

Appareils à plaques.— Les appareils à plaques sont certes les plus employés pour le traitement de l'atrésie, ceux de *Coffin* et *Kingsley* ou leurs modifications, particulièrement[1].

---

1. Citons pour mémoire les appareils de MM. Francis Jean, d'Argent, à force intermittente ; ceux de MM. Cecconi, Godon, Douzillé, Bonnard, M. Darcissac, à force continue.

On a invoqué en faveur de ces appareils les avantages suivants : leur nettoyage facile, puisqu'ils peuvent être retirés de la bouche, leur point d'appui sur une large étendue de tissus, leur exécution facile, enfin, ils permettent l'application de tous les genres de force. Mais en regard de ces avantages, que du reste les autres appareils ont également, combien d'inconvénients ils présentent ; ils ne peuvent remplir que bien peu des conditions précédemment énumérées.

1° Ils ne permettent pas l'établissement mathématique de la forme à donner à l'arcade d'après les méthodes de *Hawley*, *Campion, Bennett* et *Pont*, car ces appareils ne peuvent être construits que pour s'adapter parfaitement à la bouche dans l'état où elle se trouve au moment où ils sont appliqués, alors que pour tirer de la méthode de l'expansion mathématique tous les avantages qu'elle comporte, l'appareil doit dès le début avoir la forme de l'arcade telle que nous devons l'obtenir le traitement terminé ;

2° Si, comme c'est souvent le cas, les dents sont d'un côté de l'arcade chevauchantes les unes sur les autres, coincées, les arcades dites en forme de selle (fig. 6), par exemple, nous appliquons un appareil à plaque, la résistance étant bien différente d'un côté de l'arcade, l'action sera plus grande sur le côté le moins résistant et nous aurons fatalement une correction asymétrique de la parabole, et dans ces cas si l'on veut employer l'appareil à plaque on est obligé d'avoir recours aux chevilles ;

3° Les modifications fréquentes à apporter aux appareils sont longues, difficiles, nécessitent fréquemment une réparation, occasionnent trop souvent des retards préjudiciables aux résultats, les dents ne pouvant être maintenues dans leur position acquise pendant un laps de temps nécessaire à ces modifications ;

4° Ces appareils sont encombrants, glissent facilement de la place qu'ils doivent occuper alors que les forces agissent, leur retrait est trop fréquent et surtout volontaire de la part du malade qui en général se prête mal à nous seconder dans notre intervention ;

5° Leur nettoyage n'est pas aussi facile qu'on le prétend, ces appareils étant généralement faits de vulcanite recouvrant fréquemment la surface articulaire des dents ;

6° On peut employer avec les plaques des forces continues ou intermittentes, mais ces deux forces ne peuvent pas être combinées pour une même action ;

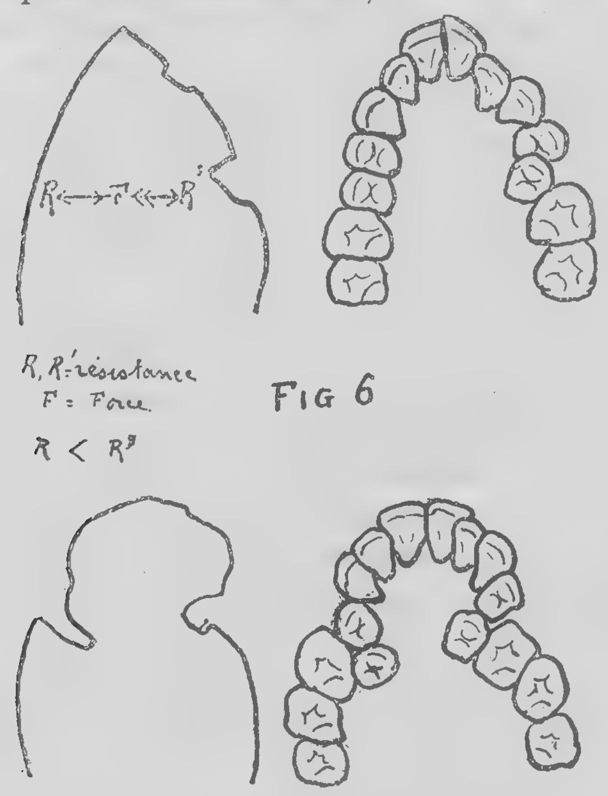


FIG 6

7° Enfin, et c'est là une objection d'extrême importance, les rapports des dents, des deux arcades dans leur occlusion normale, ne peuvent être respectés, ces appareils nécessitant trop souvent le recouvrement de la surface articulaire des dents, nous avons vu des bouches dont les rapports mésio-distaux normaux avant l'intervention étaient devenus anormaux après l'expansion, le redressement se trouvant de ce fait singulièrement compliqué.

Je m'élève contre la pratique dite du relèvement de l'articulation dans le traitement de l'atrésie ou autre cas d'orthodontie, il n'y a nullement besoin de rehausser l'articula-

tion, les dents pendant leur mouvement arrivant au contact des antagonistes sont suffisamment sensibles pour que le malade instinctivement laisse la bouche assez entr'ouverte pour leur faire faire le saut du cuspide. Quant à l'élongation des incisives ou autres dents il n'est nullement besoin de rehausser l'articulation pour l'obtenir, nous le montrerons plus loin.

En conclusion les appareils à plaques n'ont plus place en orthodontie si ce n'est comme appareils de rétention après l'expansion des arcades. *En tant qu'appareil de redressement l'appareil à plaque ne doit être regardé avec respect que comme relique de l'orthodontie primitive.* (E.-H. Angle.)

Des appareils amovibles sans plaques [1] je dirai de suite que je n'en suis que médiocrement partisan pour l'expansion, ils ne permettent l'emploi que des forces continues, présentent les mêmes inconvénients que les appareils à plaques si ce n'est pour le nettoyage plus facile et le respect des rapports occlusaux des dents des deux arcades.

Appareils à points d'appui fixes et sans plaques [2]. — On objecte à ces appareils leur nettoyage difficile et c'est la seule critique admissible ; toutefois à l'aide de seringue les détritus alimentaires en sont aisément enlevés, de plus ils sont entièrement composés de métal, substance facilement aseptisée. Une forte critique adressée à ces appareils est le soi-disant plus petit nombre de dents sur lesquelles ils prennent point d'appui, cela est vrai d'un appareil mal combiné ou plutôt dont les forces sont mal comprises. C'est faux d'une méthode que je persiste à considérer la seule qui, actuellement, permette de prendre point d'appui pour mouvoir une seule dent sur toutes les autres dents de l'arcade.

Ces appareils sont les seuls qui permettent de satisfaire

1. *V.-H. Jackson*, « Orthodontia and orthopœdia of the face ». J. de Croës, *Odontologie*, 15 juin 1905.

2. Ces appareils furent les premiers employés en orthodontie : Fauchard, 1746 ; Bourdet, 1786 ; Desirabode, 1823 ; Harris, 1850 ; Patrick, 1882 ; Farrar, 1888 ; leur apportent de nombreux perfectionnements. Enfin nous citons les méthodes et appareils modernes de Case, Angle, Guilford, Knapp, etc.

à toutes les conditions essentielles à l'expansion des arcades, ce sont incontestablement les appareils de l'avenir.

Ils sont facilement conformés, d'après la méthode de *Hawley* à l'arcade, telle que nous devons l'obtenir après correction.

Ils permettent d'exercer la force d'expansion sur une partie quelconque de l'arcade, sur un arc réduit, sur une seule dent si l'on veut, on peut donc équilibrer parfaitement la force et la résistance suivant les besoins, et, en outre, pendant que l'expansion se fait, les autres anomalies peuvent être simultanément corrigées.

Les changements peuvent être immédiatement et rapidement exécutés. Leur construction est simple, leur force grande, leur solidité amplement suffisante.

La force exercée peut être parfaitement contrôlée et est à la fois immédiate, intermittente et continue : immédiate au moment où l'on exerce une tension à l'aide des ligatures ou vis — continue par l'élasticité de l'arc métallique externe auquel on peut adjoindre pour l'expansion un arc métallique interne fait de fil de piano (fig. 7).

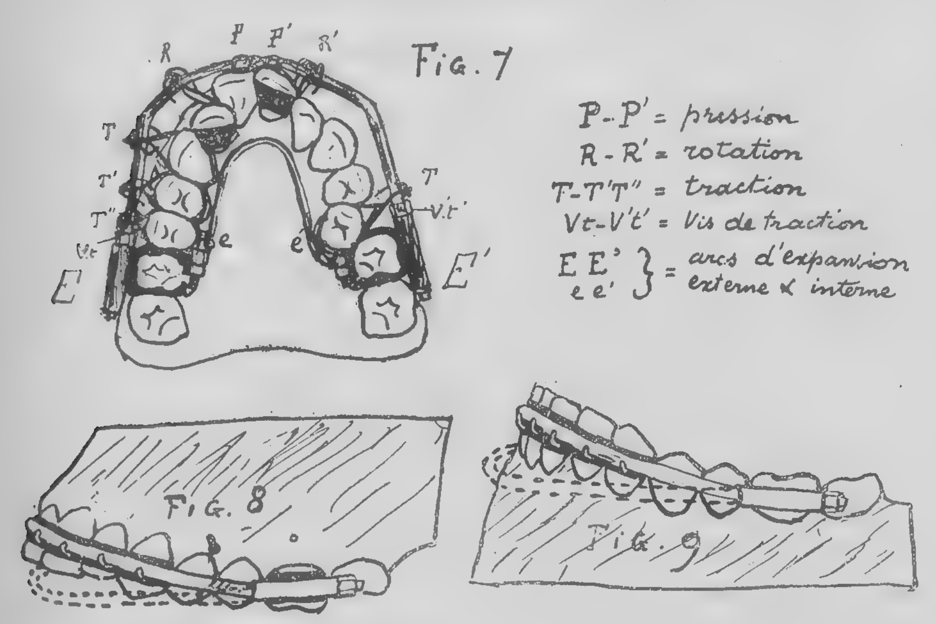
Ils ont l'immense avantage de laisser les surfaces articulaires libres et permettent ainsi de conduire l'expansion simultanée de deux arcades, en respectant l'engrènement normal des dents en occlusion.

Au cas où un arrêt momentané serait nécessaire l'appareil peut sans être déplacé servir d'appareil de rétention pendant la suspension du traitement.

Je disais tout à l'heure, que le rehaussement de l'articulation était inutile même pour permettre l'élongation d'un groupe de dents, cela, parce que, avec ces appareils, par une courbure raisonnée, il est extrêmement aisé de faire l'élongation d'une dent ou d'un groupe de dents, de même que l'enfoncement par une courbure opposée (fig. 8 et 9).

Reste maintenant la position oblique prise par les dents pendant l'expansion, cette position je la crois toujours existante quel que soit l'appareil employé, à plaque ou non, pour les raisons physiologiques du mouvement des arcades que j'ai données au début de ce rapport.

Certains, *Angle* en particulier, affirment que la nature rétablit toujours la position verticale des dents, les modèles pris immédiatement après l'intervention et ceux pris plusieurs années après la terminaison du traitement le prouvent. En tous les cas les appareils fixes composés d'un arc pourraient facilement être construits de telle sorte que leur action sur les dents, considérées comme des leviers, puisse faire mouvoir ces dents dans leur axe et garder ainsi leur



position verticale, mais de toute façon l'appareil de *Calvin Case*, dit « contourning apparatus [1] », peut sur ce point nous donner entière satisfaction, l'écartement désiré obtenu, il est simple avec cet appareil de ramener les racines à leur position verticale si on le juge nécessaire.

Ayant successivement démontré les inconvénients nombreux des appareils amovibles, à plaques ou sans plaques, je crois devoir conclure, sans pour cela désirer être traité d'absolutiste, en recommandant l'emploi des appareils à arc à point d'appui fixe pour l'expansion comme pour tout autre traitement des anomalies de position des dents.

1. Compte rendu du Congrès dentaire international, Paris, 1900, *American text-book of operative dentistry*, 3e édition, édité par E.-C. Kirk. (The developement of esthetic facial contours, par Calvin S. Case.)

DU ROLE DE L'INFILTRATION DES TISSUS GINGIVAUX EN ANESTHÉSIE DENTAIRE

Communication au Congrès de Reims, août 1907

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'Avancement des Sciences.

Par M. A. PONT,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon,
et M. ROGER, de Moulins.

Nous n'avons pas à faire l'historique de l'anesthésie locale en art dentaire, et nous nous garderons d'en discuter les indications et les contre-indications. Toutes ces questions ont été étudiées très longuement et très souvent, soit dans les divers journaux professionnels de ces dernières années, soit dans les traités classiques, dans celui de Sauvez en particulier.

Tout le monde connaît, en outre, à l'heure actuelle, les travaux du professeur Reclus sur la cocaïne.

Si les publications sur cette question sont innombrables, il en est presque de même des agents anesthésiques employés. Après la cocaïne, on a vu apparaître tour à tour : la tropacocaïne (Hagenschmidt, Chadbourne, Liebermann et Schweitzer), les eucaïnes (Gaëtano Vinci), les citrate, bromhydrate et iodhydrate de cocaïne (Marcus), ce dernier surtout en cataphorèse.

Nous signalerons aussi, parmi les plus connus : la nirvanine, l'alypine, la novocaïne, etc., etc.

Schleich, dont les travaux ont été vulgarisés en France par Tellier et Rondet, emploie la cocaïne, mais à doses beaucoup plus faibles que les solutions classiques. Cet auteur déclare que l'on peut obtenir d'excellents effets anesthésiques avec des solutions à doses pour ainsi dire infinitésimales (0,01 centigramme pour 100, dose faible ; 0,02 centigrammes pour 100, dose forte).

Avec Kyne, Battier, nous avons connu l'association cocaïne-adrénaline, fort bien étudiée et mise au point dans la thèse de Granjon.

M. Fourneau, en 1904, présente à l'Académie de médecine la stovaïne, corps dérivé de l'alcool amylique. La stovaïne, ayant les mêmes propriétés anesthésiques que la cocaïne, a, sur elle, la grande supériorité d'être deux fois moins toxique, de prédisposer beaucoup moins le patient à l'anémie cérébrale et par conséquent à la syncope.

Cette propriété semblait la désigner pour remplacer avantageusement en art dentaire la cocaïne et ses dérivés ; et c'est bien l'impression qui se dégage des travaux de Sauvez, Gires, Nogier, Pont, etc.

L'énumération de ces agents anesthésiques, la lecture des travaux contradictoires qui les concernent, montrent bien que chacun d'eux a des inconvénients à côté de ses avantages, et qu'en anesthésie locale, on a des échecs, quel que soit l'anesthésique employé en injection. Ces échecs, croyons-nous, tiennent moins à la nature de l'agent anesthésique qu'à la façon dont a été faite l'infiltration. C'est du moins la conclusion qui se dégage de nos recherches.

A l'heure actuelle, la plupart des solutions employées, sauf les solutions de Schleich, sont des solutions au centième, et l'opinion devenue classique est qu'il faut injecter un centimètre cube de liquide. Or, en agissant de la sorte, pourquoi, le même opérateur, abstraction faite de la diversité des patients, obtient-il des résultats absolument différents ?

Il y avait là un problème qui certes a déjà été discuté, mais dont nous avons jugé intéressant de poursuivre l'étude. C'est une partie de nos recherches et de nos observations que nous avons l'intention d'exposer ici.

Afin d'apporter un peu d'ordre et de clarté dans notre étude, nous avons pensé qu'il serait utile d'établir dans l'injection, d'une part, le rôle de l'agent anesthésique, et d'autre part, celui non moins important peut-être de l'infiltration du liquide dans les tissus gingivaux.

Voici, au préalable, rapidement exposées, quelques-unes des observations recueillies à la clinique dentaire du dispensaire général de Lyon :

1re Série. — *Injections de un ou plusieurs centimètres cubes de la solution de sérum physiologique à 7/1000.*

1° H., 25 ans. Racine de la première molaire supérieure droite, deux centimètres cubes. Bonne infiltration. Extraction sans douleur ;

2° F., 45 ans. Dent de sagesse inférieure gauche. Trois cent. cubes. Extraction assez difficile. Presque pas de douleur. Extractions précédentes très douloureuses ;

3° F., 44 ans. Deuxième molaire I G, deux cent. cubes. Peu de douleur. Extractions précédentes très douloureuses ;

4° F., 25 ans. Deuxième molaire I G. Mauvaise infiltration. Accuse douleur à l'extraction ;

5° F., 43 ans. Première molaire S G. Deux cent. cubes. Pas de douleur. Précédentes extractions avec cocaïne, légère douleur ;

6° F., 20 ans. Première et deuxième molaires S D. Un cent. cube à chaque dent. Extraction sans douleur ;

7° H., 22 ans. Première molaire I G, deux cent. cubes. Bonne infiltration. Pas de douleur ;

8° F., 24 ans. Deux extractions, dent de sagesse et première molaire I D, toutes deux découronnées. Autour de la dent de sagesse, deux cent. cubes de sérum ; autour de la molaire, un cent. cube de solution de stovaïne à 1/100. Malade très pusillanime. Pousse des cris pendant les piqûres et les extractions. Déclare toutefois avoir peu souffert et ne pas faire de différence au point de vue douleur entre les deux extractions. Malade névropathe, état général mauvais. Adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire droite ;

9° H., 25 ans. Deuxième molaire S D, trois cent. cubes. Carie intéressant une bonne partie de la couronne. Extraction très difficile. Essai d'extraction de la même dent au régiment sans succès. Douleurs très vives dans les précédentes extractions. Dans notre cas, le malade a peu souffert et se déclare très satisfait de l'anesthésie locale ;

10° F., 30 ans. Deuxième molaire I D découronnée. Deux

cent. cubes. Légère douleur à l'extraction, mais moins vives que dans les précédentes qui avaient été faites sans anesthésie ;

11° E., 13 ans. Enfant très anémique, a facilement et fréquemment des syncopes. Extraction première molaire S D, deux cent. cubes. Douleur moins vive que dans les précédentes extractions. Pas de syncope. A noter une ostéite du maxillaire inférieur du côté opposé et une stomatite intense ;

12° E., 14 ans. Première molaire S G, deux cent. cubes. Cris au moment de la piqûre. Pas de douleur à l'extraction ;

13° F., 22 ans. Deuxième molaire I G, deux cent. cubes. Pas de douleur à l'extraction. La malade a bien la sensation de l'anesthésie locale ;

14° H., 34 ans. Première molaire S G, deux cent. cubes. Déclare avoir souffert ;

15° H., 25 ans. Deuxième molaire I D, deux cent. cubes. Extraction difficile. Infiltration mauvaise. A un peu souffert ;

16° F., 18 ans. Deuxième molaire S G, deux cent. cubes. Etat général mauvais. Rhumatisante. Rétrécissement mitral. A l'extraction sensation de bouffées de chaleur, mais non de douleur ;

17° E., 12 ans. Premières molaires I G et I D. Injection à droite deux cent. cubes. Pas d'injection à gauche. Extraction dans la même séance. Déclare avoir souffert très peu à droite et beaucoup à gauche ;

18° F., 34 ans. Deuxième molaire I G, deux cent. cubes. Pas de douleur à l'extraction ;

19° H., 54 ans. Canine S D, deux cent. cubes. Mauvaise infiltration. A souffert autant que lors de précédentes extractions ;

20° F., 40 ans. Première molaire I G, deux cent. cubes. Extraction sans douleur. Précédentes sans anesthésie très douloureuses ;

21° H., 25 ans. Première molaire I G, deux cent. cubes. Légère douleur ;

22° H., 28 ans. Deuxième molaire S D, deux cent. cubes. Comprend très difficilement les explications. Répond d'une façon évasive à nos questions. Tout ce que nous pouvons comprendre c'est que les précédentes extractions ont été très douloureuses. Pendant l'extraction n'a poussé aucun cri ;

23° F., 34 ans. Première molaire I D, deux cent. cubes. Extraction sans douleur ;

24° F., 42 ans. Première molaire I G, découronnée sur son bord interne, deux cent. cubes. Extraction des plus pénibles. Pas de douleur ;

25° F., 22 ans. Première molaire S G, deux cent. cubes. Extraction pas douloureuse ;

26° F., 35 ans. Deuxième molaire I G, deux cent. cubes. Déclare n'avoir pas souffert. Précédentes extractions très douloureuses, mais sans anesthésie locale ;

27° H., 42 ans. Deuxième molaire S D, deux cent. cubes. Extraction difficile, racines divergentes. Précédentes interventions très difficiles et très douloureuses. A peu souffert pendant l'extraction ;

28° F., 28 ans. Première molaire S D, deux cent. cubes. Gingivite tartrique. Dent découronnée. Infiltration mauvaise sur la face externe, bonne sur la face interne. Déclare toutefois avoir peu souffert ;

29° H., 18 ans. Première molaire I G, deux cent. cubes. Extraction peu douloureuse ;

30° H., 54 ans. Première molaire S D, deux cent. cubes. Pas de douleur ;

31° H., 32 ans. Deuxième molaire I D. Hypertrophie de la pulpe. Extraction sans douleur ;

32° H., 40 ans. Racines deuxième molaire S G, un cent. cube. Extraction sans douleur ;

33° F., 50 ans. Troisième molaire I D, dirigée très obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. L'infiltration se fait très mal. Extraction assez douloureuse. Racine recourbée en crosse d'évêque ;

34° F., 42 ans. Deuxième et troisième molaires I G. Dents

découronnées. Caries profondes. Pénétration de la gencive dans la dent. Injection poussée trop brusquement amène une réaction douloureuse. Extraction très douloureuse ;

35° H., 25 ans. Troisième molaire I D, deux cent. cubes. Bonne infiltration. Extraction sans douleur ;

36° F., 42 ans. Troisième molaire S D, deux cent. cubes. Infiltration rapide. Extraction douloureuse.

2e Série. — *Injections d'un ou plusieurs centimètres cubes de stovaïne à 1/250.*

1° H., 32 ans. Trois extractions sur le même sujet. Les deux prémolaires et la première molaire S G, deux cent. cubes. Infiltration parfaite. Extraction 30 secondes après la piqûre, sans douleur ;

2° H., 32 ans. Première molaire I G, un cent. cube. Bonne infiltration. Extraction sans douleur ;

3° F., 24 ans. Première molaire I G, gingivite, deux cent. cubes. Bonne infiltration sur la face externe, mauvaise sur la face interne. Dent découronnée. Malade très pusillanime. N'a pas souffert à l'extraction ;

4° F., 24 ans. Première molaire S G. Bonne infiltration. Pas de douleur ;

5° H., 44 ans. Racines première et deuxième molaires I D, deux cent. cubes. Bonne infiltration. Extraction sans douleur ;

6° F., 24 ans. Première molaire S D, un cent. cube. Jeune fille anémique. Bonne infiltration. N'a pas souffert pendant l'extraction ;

7° F., 35 ans. Première et deuxième prémolaires, racines première et deuxième molaires S D, deux cent. cubes par points successifs sur la face externe et interne de la gencive. Pas de douleur à l'extraction ;

8° F., 52 ans. Deuxième molaire I G, deux cent. cubes. Bonne infiltration. Pas de douleur ;

9° H., 34 ans. Deuxième molaire I G, découronnée, deux cent. cubes. Légère douleur à l'extraction ;

10° F., 18 ans. Deuxième molaire S G, deux cent. cubes. Extraction sans douleur ;

11° F., 38 ans. Première molaire S G, deux cent. cubes. Racines très divergentes et longues. Extraction laborieuse, mais sans douleur. Les précédentes extractions avaient été toujours douloureuses et pénibles ;

12° H., 29 ans. Première molaire S D, un cent. cube. Bonne infiltration. Pas de douleur ;

13° F., 25 ans. Deuxième molaire I G, un cent. cube. Pas de douleur ;

14° H., 42 ans. Deuxième molaire S D, demi cent. cube. Bonne infiltration. Extraction 30 secondes après la piqûre sans douleur ;

15° H., 52 ans. Deuxième molaire I D, découronnée, un cent. cube. Extraction sans douleur ;

16° H.,28 ans. Première molaire S G, un quart de cent. cube sur la face externe, un quart de cent. cube sur la face interne. Très bonne infiltration. Extraction pénible sans douleur ;

17° F., 34 ans. Première molaire I D, demi cent. cube à peine. Très bonne infiltration. Pas de douleur à l'extraction.

18° Mme G..., 60 ans. Névralgie faciale datant de quatre ans. A fait extraire sa dernière dent il y a environ cinq mois. Malgré cela douleurs persistantes ; crises de plus en plus fréquentes et intenses. A l'heure actuelle, début de tic douloureux, caractérisé par les contractures de l'orbiculaire des paupières au moment des crises. Injection de deux cent. cubes de la solution de 1/250 dans la région des molaires S D. Cette région étant la plus douloureuse à la pression paraissait être le point de départ des crises. Opération de Jarre-Gross. Résection du procès alvéolaire sur une longueur de 3 centimètres et une hauteur de 1 centimètre. Le lendemain la malade déclare ne presque plus souffrir. Nous la revoyons huit jours après, et constatons que la névralgie a complètement disparu. L'opération avait été pratiquée sans douleur, immédiatement après la dernière piqûre.

3e SÉRIE. — *Injection d'un ou plusieurs centimètres cubes de stovaïne à 1/100.*

Nous ne voulons pas publier ici toutes les observations

dans lesquelles les extractions ont été faites sans douleur, ceci est d'ordre banal et en l'espèce, ce sont les observations négatives qui nous intéressent. Nous nous contenterons donc de publier celles qui après une injection d'un cent. cube d'une solution à 1/100 se sont accompagnées de douleur ou ont été suivies d'accidents consécutifs (cicatrisations lentes et eschares par exemple) :

1° F., 28 ans. Deuxième molaire S G, découronnée, un cent. cube. Mauvaise infiltration. La malade déclare avoir autant souffert que dans les précédentes extractions faites sans anesthésie ;

2° H., 42 ans. Troisième molaire I D, un cent. cube. Infiltration passable. Extraction très difficile. Légère douleur ;

3° H., 26 ans. Première molaire I G, un cent. cube. Mauvaise infiltration, extraction douloureuse ;

4° H., 24 ans. Troisième molaire I D, découronnée un cent. cube. Mauvaise infiltration. Extraction difficile et douloureuse ;

5° F., 32 ans. Première prémolaire S G, un cent. cube. Mauvaise infiltration. Douleur à l'extraction ;

6° F., 42 ans. Troisième molaire S D, découronnée. Stomatite un cent. cube. Mauvaise infiltration. Douleur à l'extraction ;

7° H., 30 ans. Deuxième molaire S G. Gingivite, deux cent. cubes. Mauvaise infiltration. Extraction assez douloureuse. Le malade examiné huit jours après au Dispensaire déclare avoir souffert pendant deux jours après son extraction. A l'examen nous constatons que la cicatrisation est très lente, légère eschare sur la face interne de la gencive au point d'extraction ;

8° F., 24 ans. Première prémolaire I D, dent profondément cariée. Stomatite un cent. cube. Mauvaise infiltration. Douleur à l'extraction.

Il se dégage, en somme, de la lecture des observations précédentes que dans la série des injections faites avec le sérum à 7/1000, nous avons obtenu un résultat satisfaisant, huit cas sur dix environ. Il nous a semblé que les résultats,

dans cette série étaient presque équivalents à ceux que nous avions obtenus jadis en expérimentant la solution de Schleich. Aussi, croyons-nous, que dans la méthode de cet auteur, l'agent anesthésique joue un rôle très faible, et que les bons résultats obtenus avec ces solutions dépendent presque uniquement de l'infiltration. Ceci n'est pas une critique, nous pensons, au contraire, que la méthode de Schleich est préférable à la méthode classique lorsqu'il faut injecter plus d'un centimètre cube de liquide pour obtenir une bonne infiltration.

Mais souvent, pour ne pas dire presque toujours, il est difficile de prévoir comment se fera l'infiltration, et c'est pour cela que nous proposons une méthode intermédiaire, c'est-à-dire, l'injection d'un ou plusieurs cent. cubes d'une solution à 1/250 de stovaïne ou de cocaïne.

Dans la série où les injections ont été faites avec la solution de stovaïne à 1/250, nous avons employé un ou deux cent. cubes suivant les cas. Nous nous sommes attachés surtout à obtenir une bonne infiltration, et toutes les fois que cette dernière était parfaite, l'extraction se faisait sans douleur. Dans les cas où plusieurs cent. cubes ont été nécessaires, nous n'avons jamais eu d'accident consécutif et en particulier, jamais d'eschare.

Dans la série où nous avons employé la solution classique à 1/100, le résultat a été parfait toutes les fois que nous avons pu obtenir une bonne infiltration avec un centimètre cube. Par contre, si après avoir injecté un cent. cube, nous remarquions que l'infiltration était insuffisante ; ou bien nous obtenions un résultat médiocre si nous nous contentions de la quantité de liquide injecté, ou bien nous avions des cicatrisations lentes, voire même des eschares, si nous injections plus d'un cent. cube.

On ne saurait trop insister sur ce fait que, à côté du rôle anesthésique du médicament, l'infiltration joue un grand rôle très probablement en comprimant les extrémités nerveuses, en arrêtant la circulation et en augmentant ainsi la puissance anesthésique de l'injection.

Il est donc inutile d'employer des solutions trop fortes si l'infiltration se fait bien. Il est préférable, croyons-nous, de remplacer la solution classique à 1/100 par la solution à 1/250.

La solution classique à 1/100 devra être réservée aux cas où il ne faut pas compter sur l'infiltration, ou bien lorsque celle-ci est une cause de douleurs par suite de la tension trop forte des tissus, dans l'arthrite alvéolo-dentaire par exemple. Dans ce cas, nous donnons la préférence aux solutions classiques de coca-adrénaline, ou stovaïne adrénaline.

Notre manuel opératoire ne diffère que par quelques petits points du manuel opératoire classique. Nous nous servons de la seringue de Granjon ou de Thésée, ou tout au moins d'une seringue solide, bien étanche et pouvant supporter de fortes pressions. Nous injectons, un, deux et même trois centimètres cubes de la solution de stovaïne à 1/250, jusqu'à ce que l'infiltration soit bien nette, que les tissus soient tendus et la muqueuse blanche tout autour du collet de la dent. Nous poussons chaque injection lentement, mais sans exagération, la durée de chaque piqûre étant en moyenne de 10 à 15 secondes. Au lieu d'attendre une ou deux minutes nous pratiquons l'extraction 30 secondes après la dernière piqûre, si on attend plus longtemps, le liquide est repris par la circulation, la compression diminue et le pouvoir anesthésique du médicament agit seul.

Conclusions.

1° Dans les injections intra-gingivales, l'infiltration joue un rôle anesthésique pour le moins aussi puissant que celui du médicament employé ;

2° Il ne faut pas employer de solutions trop fortes ni trop faibles. Ces dernières n'agissent guère mieux que les injections de sérum artificiel. Avec les solutions fortes, on s'expose à des échecs, si l'infiltration est insuffisante avec un centimètre cube, et à des accidents si l'on augmente cette dose ;

3° Nous donnons la préférence aux solutions à 1/250

(cocaïne ou stovaïne), en recommandant d'injecter un, deux ou même trois centimètres cubes, jusqu'à ce qu'on obtienne une infiltration parfaite ;

4° Il est inutile d'attendre une ou deux minutes après la piqûre. Si l'on ne veut pas perdre le bénéfice de l'infiltration, il faut opérer 30 secondes au maximum après la dernière piqûre ;

5° La solution classique à 1/100 doit être préférée lorsqu'il est indiqué d'injecter peu de liquide (arthrite alvéolo-dentaire, par exemple), et dans ce cas, comme on ne compte que sur le pouvoir anesthésique du médicament, il est indiqué d'attendre une ou deux minutes avant de procéder à l'extraction.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA PORCELAINE MODELABLE DE ROACH

Par E. J. Perry, de Chicago.

La porcelaine modelable de Roach est une porcelaine opaque d'une grande force, qui se moule dans le modèle de la cavité sans aucune espèce de matrice. Elle fond à 2000 degrés Fahrenheit et se cimente dans la cavité.

Les premières obturations dues à M. E. Roach remontent à deux ans ; depuis il a fait bien des essais et bien des changements dans ses formules et ce n'est que dans ces derniers mois qu'il a obtenu cette matière définitive, qui permet de la mettre entre les mains des praticiens.

Avant d'être moulée elle se compose d'une poudre et d'un liquide. Bien mélangée elle se cristallise en 5′ ; elle peut être placée dans le four même avant complète cristallisation. Le retrait pendant la fusion ne dépasse pas 3 o/o. Ce produit est extrêmement dur et offre la même résistance que la dent artificielle la plus dure ; il a une force bien supérieure à celle des porcelaines translucides en usage. Il est impénétrable à l'eau, conserve sa forme dans le four. La masse semble avoir conservé la même forme, moins un léger retrait. La masse peut être meulée et polie. Elle adhère parfaitement au ciment à l'oxyphosphate de zinc. Aucun corrosif n'est nécessaire pour lui donner une surface adhésive. Elle n'est pas conductrice des changements thermiques et électriques et elle ne diffère de la porcelaine translucide que par les particularités suivantes : elle est opaque, présente une force plus grande, se moule dans la cavité, n'exige pas de matrice, adhère au ciment sans corrosif, a 15 o/o de retrait de moins que les autres porcelaines, peut être meulée et polie.

Indications.

Cette porcelaine n'est pas indiquée dans les dents antérieures. Elle est indiquée pour les grandes cavités des dents de fond avec cuspides. Dans certaines bouches cependant où les dents sont très visibles, son emploi dans les bicuspides est contre-indiqué. Elle est indiquée dans les cavités de molaires qui ne peuvent être aurifiées. Actuellement, sauf quand la couronne est totalement perdue, je ne pose pas de couronne, mais je restaure avec de la porcelaine modelable : c'est moins douloureux pour le patient et moins pénible pour l'opérateur. Le li-

gament dentaire n'est pas lacéré et les tissus mous ne se rétractent pas, pas de gingivite.

Elle est indiquée aussi pour adapter parfaitement les couronnes de porcelaine quand on n'emploie pas de coiffe.

Elle est indiquée également quand on fait une couronne totale avec un ou plusieurs pivots ; enfin elle peut s'employer avec une dent diatorique, afin de former un lien entre la racine et la couronne.

Préparation de la cavité.

Après enlèvement de la carie, donner à la cavité une forme telle qu'on puisse en prendre facilement l'empreinte. Pratiquer des rainures au niveau du ciment. Cette forme doit être calculée dans le but d'employer une certaine force pour maintenir l'inlay mis en place, ainsi que de le protéger ainsi que les bords de la cavité. La forme à donner à la cavité doit être classique ; on doit étendre les bords jusqu'à une zone sûre ou plus sûre ; elle doit être d'un accès aisé et propre à la rétention. L'équarissage du plancher et le redressement des lignes se font avec des fraises à sections cruciales et avec des cones renversés. Quand il y a lieu de faire une couronne complète les parois sont taillées jusqu'à une faible distance de la gencive ou si une partie de la paroi est assez forte, elle n'a pas besoin d'être taillée aussi bas. Avec les mêmes fraises tailler une cavité en forme de cône dans la chambre pulpaire ; les bords peuvent s'étendre jusqu'aux bords de la dent. Quand la cavité est assez étendue, employer un pivot de platine-iridium avant de prendre l'empreinte.

Prise de l'empreinte et confection du modèle.

Pour prendre l'empreinte ce qui convient le mieux c'est le composé à haute fusion. Quand la cavité intéresse la face mésiale ou distale de la dent on peut employer une matrice de cuivre mince, du 28 au 46 de la fillière, recuite, pour empêcher de déborder contre la dent voisine. Bien souvent on peut se servir d'un porte-empreinte. La question est d'obtenir et de maintenir une pression uniforme du composé sur toutes les faces de la cavité, de façon à reproduire exactement les bords. Maintenir la pression jusqu'à durcissement de la pâte, afin qu'elle ne soit pas déplacée. Après refroidissement à l'eau froide, l'empreinte peut être enlevée délicatement. La surface de la cavité est alors examinée et si elle a cédé sur un point, la cavité doit être régularisée, ce qui déborde doit être nivelé avec du ciment et une autre empreinte doit être prise.

On prend ensuite l'articulation à la cire en mettant un bourrelet de cire molle entre les dents et en pressant bien dans la cavité. Le pa-

tient ferme la bouche normalement et ne l'ouvre que quand la cire est froide, de sorte qu'on peut l'enlever sans la déformer. On remplit la cavité avec de la gutta et l'on congédie le patient.

On passe à la confection du modèle, et c'est l'amalgame de cuivre chimiquement pur qui convient le mieux pour cela. On le chauffe dans une coupelle de cuivre qu'on remplit à moitié de glycérine ; quand celle-ci bout, les globules de mercure apparaissent à la surface de l'amalgame ; presque aussitôt, quand ils deviennent plus gros, l'amalgame est retiré de la glycérine et malaxé complètement dans un mortier. Puis on lave l'amalgame dans l'eau chaude et on le triture 10 minutes dans la main jusqu'à parfaite uniformité en chassant l'excès de mercure. L'empreinte, qui a été mise en plâtre, est alors bourrée en commençant par de petites particules et de petites boules d'amalgame pour les parties les plus profondes de l'empreinte. Ajouter alors un plus gros morceau jusqu'à ce qu'il soit suffisamment fort. Ne pas presser l'amalgame démesurément, parce qu'il ne prend pas aussi bien. Si l'on foule soigneusement, le modèle est parfait. Celui-ci est alors placé dans l'articulation à la cire et les deux côtés sont mis dans le plâtre. Après séparation et enlèvement de la cire, on revêt le modèle de cuivre avec du vernis à la sandaraque. On a ainsi une surface unie.

Modelage.

Mettre sur la plaque de verre quelques gouttes du liquide et une certaine quantité de la poudre. Huiler le modèle de la cavité avec de l'huile d'olive. Mélanger avec la spatule en ajoutant rapidement la poudre, jusqu'à ce que le mélange soit bien épais, en forçant beaucoup. Plonger les doigts dans la poudre, prendre le mélange dans la main et enfoncer dans le modèle de la cavité, puis enlever instantanément, en remettant à sa place. S'il y a crainte d'adhérence, enlever plusieurs fois ou huiler de nouveau le modèle. Ne pas placer le mélange dans le modèle et ne pas le laisser durcir. Quand il a la consistance du plâtre récemment gâché, il est prêt à être sculpté. Si une dent fait occlusion, le mélange doit être placé de façon à obtenir les marques de l'antagoniste et la sculpture qui suit doit être faite en conséquence. Quand la cavité est profonde et qu'il est difficile d'enlever l'inlay du modèle, forer un trou dans le fond du plâtre, du cuivre et du tout, passer un petit instrument par ce trou et soulever l'inlay. Quand la dent adjacente déborde et qu'on veut un contour, briser le modèle du côté de l'articulation à ce point. Façonner le côté mésial de l'inlay pour l'ajuster à l'espace interdentaire. Le morceau brisé peut être remis en place et le contour déterminé. On obtient ainsi un espace parfait.

Façonnage.

Le façonnage de l'inlay est simplement le rétablissement de la forme primitive de la dent. Ce rétablissement ne peut pas toujours être parfait à cause des changements de relation dus à la carie. L'antagoniste détermine ou limite souvent le travail artistique de l'opérateur ; il n'y a donc qu'à rendre à la dent sa forme première en se servant d'un instrument tranchant.

Cuisson.

L'inlay est légèrement mis dans un lit de silex en poudre, la surface de la cavité et les bords étant couverts. Au début, cuire plusieurs échantillons pour déterminer la chaleur et le point de fusion nécessaires. L'échantillon cuit doit être travaillé exactement comme l'inlay et doit recevoir la forme d'un petit bloc à angles aigus. La façon de malaxer a de l'influence sur le point de fusion. Le liquide agit comme un fondant ; moins on en met, plus le point de fusion est élevé. Fondre le corps de l'inlay sur la première cuisson et par conséquent malaxer soigneusement les échantillons de cuisson. Après la première cuisson, l'inlay est mis dans le modèle et comme il a subi une contraction minime, un réajustage est nécessaire. Le modèle est huilé et le mélange refait, mais plus clair. On met celui-ci avec une petite spatule sur la surface de la cavité de l'inlay, en ayant soin de l'étaler sur les bords. On presse l'inlay dans le modèle et l'on opère comme précédemment. Quand il a pris, les bords présentant de l'excès sont enlevés et l'inlay est cuit comme précédemment, mais avec une chaleur moindre, déterminée dans chaque four par une cuisson d'essai du même mélange. Deux cuissons sont nécessaires dans la plupart des cas, mais suffisent. Employer un four automatique ou muni d'un pyromètre et à 1700° Fahrenheit.

Pose de l'inlay.

Un mordant n'est pas nécessaire et la pose ne diffère pas de celle des autres inlays. L'adhérence du ciment à l'inlay est aussi grande que dans la cavité.

(*Dental Review*, septembre 1906, p. 863.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Moyen de rendre plus sûre la rétention des inlays dans les cavités. — La méthode s'applique presque à toutes les cavités dans lesquelles on peut mettre des inlays ; elle consiste à placer dans la matrice une substance ayant une forme appropriée et une position convenable qui, après fusion, peut être enlevée de l'inlay, en y laissant une cavité d'une dimension, d'une forme et dans une position convenant le mieux au but.

Le même principe s'applique à la confection d'inlays d'or de la matrice et à la variété d'or plastique. Dans ces cas, comme la matrice devient une partie intégrante de l'inlay, il faut, après le brunissage, la renforcer avec de la soudure d'un titre élevé, la replacer dans la cavité ou l'entourer d'un revêtement, suivant la méthode employée, le fond rempli d'asbeste seul ou d'asbeste mélangé à de l'or plastique, mais peu solidement condensé.

Après soudure, ajustage et façonnage on peut ouvrir le fond de la matrice, enlever l'asbeste et l'on a une cavité parfaitement adaptée à la rétention du revêtement en ciment.

Pour faciliter la manipulation des matrices d'or, diminuer le danger de déformer et rendre inutile la mise en plâtre de toutes les matrices, sauf les plus larges et les plus compliquées, la matrice peut être raidie sans crainte d'en changer la forme en badigeonnant le côté inférieur d'un mélange clair de poudre de ciment et de porcelaine à haute fusion.

La chaleur nécessaire pour fondre le corps Jenkins cuira le revêtement et amènera le mélange presque à l'état de biscuit. Ce revêtement raidira la matrice et permettra de la manier avec autant de sécurité que le platine et, comme il est friable, il n'empêche pas l'enlèvement de l'or de l'inlay fini. (*Dent. Summ.*)

Les médicaments et leurs combinaisons. — Un mélange de menthol, d'éther et de chloroforme n'anesthésie pas complètement toute la dentine, mais contribue à rendre indolore la préparation des cavités sensibles surtout quand la région intéressée est étendue. Dès que la digue est placée, prendre une boulette de coton, la plonger dans ce mélange, la mettre dans la cavité et continuer en tenant les instruments prêts. Au moment où l'on est prêt à commencer la prépa-

ration de la cavité, les deux liquides sont volatilisés par la chaleur normale de la dent. Cette action volatilisante fait pénétrer le menthol dans la dentine.

Dans certains cas il est nécessaire d'employer l'arsenic pour excaver la dentine sans douleur ; on l'emploie en composition : acide arsénieux, chlorhydrate de cocaïne, menthol, lanoline. Les trois premières substances sont mélangées en pâte, et l'on ajoute la lanoline. L'action de ce mélange dépend de la manière dont il est employé. Le menthol est une substance fortement déliquescente et l'eau dans la lanoline étant suffisante pour liquéfier le menthol, il faut peu de temps pour faire une pâte d'acide arsénieux et de chlorhydrate de cocaïne.

Quand on a enlevé la pulpe avec l'anesthésie par pression, ou avec l'arsenic, obturer le canal. Un mélange de thymol, de menthol et d'eucalyptol donne d'excellents résultats, si l'on se sert de gutta, car l'eucalyptol la dissout légèrement et n'est pas aussi irritant que l'huile d'eucalyptus, qui donne chaque fois de la péricémentite, parce que c'est un irritant. Toutefois l'eucalyptol est irritant tout de même, mais le thymol et le menthol atténuent cette action, tout en augmentant son pouvoir désinfectant.

On obtient de très bons résultats dans le traitement des pulpes en putréfaction en employant la formaline et la créosote par parties égales et l'alcool.

On obtient de meilleurs résultats encore en employant par parties égales la formaline et le tricrésol. Ce dernier, qui est incolore naturellement, se colore s'il est exposé à l'air et à la lumière. Ce mélange est meilleur que le précédent : 1° parce que la formaline et le tricrésol se mélangent en toutes proportions ; 2° parce que le tricrésol est un meilleur désinfectant que la créosote ; 3° parce que cet agent agit chimiquement sur les graisses.

Pour le traitement des abcès aigus prendre de l'iodure de potassium et du sirop de salsepareille, composé, une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau après les repas. Si le patient ne vient pas se faire traiter avant que la suppuration ne se soit vidée par l'extrémité de la racine, ouvrir la chambre pulpaire, traiter comme d'habitude, puis prescrire l'iodure et la salsepareille. Cette dernière est à la fois laxative, tonique et stomachique.

Un anesthésique local, composé de chlorhydrate de cocaïne, d'acide phénique, d'eau et de menthe poivrée produit bon effet. L'eau de menthe contient assez de menthol pour masquer le goût amer de la cocaïne. On l'emploie en injection hypodermique.

En employant les solutions de cocaïne c'est une sage précaution d'avoir un antidote sous la main. Des tablettes de noix vomique sont également utiles, car si le patient défaille, on peut lui donner 3 ou 4 de ces tablettes. (*Dent. Dig.*)

Stérilisation des instruments. — La composition suivante sert admirablement à ce but sans ternir : formaline, additionnée d'une solution de borax à 10 0/0. Le bichlorure de mercure ternit en effet les instruments, comme la formaline employée seule. (*Dent. Dig.*)

Sensibilité des gencives après la pose d'une couronne. — Si la sensibilité persiste, glisser sur la dent un anneau de caoutchouc. L'enlever soigneusement le lendemain et arroser la partie avec de l'eau tiède et l'on trouvera sans doute un petit nodule de ciment. Enlever et la gencive guérira rapidement. (*Dent. Rev.*)

Obturation immédiate des racines. — M. Whitfield, grand partisan de l'obturation immédiate autrefois, a constaté, en enlevant des couronnes que ces obturations étaient infectées, s'il les forait, parce qu'il n'avait pas traité les canalicules, mais simplement désinfecté et obturé les canaux et la chambre pulpaire. (*Dent. Rev.*)

Choix des teintes. — Quand on examine une dent pour choisir des teintes, le patient doit avoir une position verticale. S'il est incliné de telle sorte que la lumière frappe sous un angle, les dents semblent plus claires. Faire cette étude au début de l'opération, avant que les dents aient séché, car ceci les blanchit. En maniant le jeu de teintes, se rappeler que le corps d'un inlay est bien plus mince que l'échantillon du jeu et par suite bien plus clair ; par conséquent il faut choisir une couleur plus foncée que celle qu'on désire dans l'inlay. (*Dent. Rev.*)

Protection des faces. — Pour empêcher les faces de craquer en employant de la soudure de platine à 20 o/o, badigeonner la surface avec une solution crémeuse de carbonate de magnésie avant la mise en plâtre. (*Dent. Rev.*)

Fixation de la vulcanite aux plaques de métal. — Le caoutchouc rose adhère plus solidement à une base de métal que le rouge ou le noir. En l'employant uniquement, il se détache rarement, surtout si l'on emploie des boutons ou des boucles. (*Dent. Rev.*)

Prise de l'articulation. — En prenant l'articulation recommander au patient d'appuyer la pointe de la langue contre le bord postérieur de la plaque d'essai, puis lui recommander de fermer les mâchoires. (*Dent. Rev.*)

Préparation de la coiffe pour une couronne de porcelaine. — Pointiller la coiffe du côté radiculaire avec un instrument à trois pointes. Ce pointillé s'engage dans le côté de porcelaine, qui s'encastre fortement dans le corps de la pièce et retient aussi bien qu'une cheville à tête dans la face. (*Dent. Rev.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance extraordinaire du 18 juin 1907.

Présidence de M. BLATTER, vice-président.

La séance est ouverte à 10 heures 1/4 du matin.

M. Godon. — M. Cavalié, professeur agrégé, chargé du cours de clinique dentaire de l'Université de Bordeaux, vient travailler avec nous ce soir à la Commission de réforme des études dentaires. Tout en venant prendre part aux travaux de cette Commission, M. Cavalié a tenu à venir également vous présenter quelques-uns de ses travaux extrêmement intéressants faits sur l'histologie dentaire.

Dans cet ordre d'idées il nous a déjà fait une communication importante à Lyon l'année dernière.

Il a tenu à profiter de son voyage à Paris pour nous communiquer les nouveaux travaux qu'il a faits depuis cette époque. Nous l'en remercions sincèrement et je suis heureux de lui donner la parole sans plus tarder pour qu'il nous fasse sa communication.

M. le professeur Cavalié fait la conférence publiée d'autre part [1].

M. Blatter. — En ma qualité de vice-président de la Société d'Odontologie, en l'absence de M. Touvet-Fanton, je crois qu'il est de mon devoir de le remplacer comme président de cette réunion.

Je ne saurais trop exprimer nos remerciements à M. le professeur Cavalié pour la conférence qu'il vient de nous faire.

Nous avons tous lu, et nous connaissons tous ses travaux qui ont été publiés dans *L'Odontologie.*

Il vient aujourd'hui de vous exposer une nouvelle conception de la carie dentaire et vous a signalé entre autres choses la présence des odontoclastes, que vous avez tous pu examiner.

C'est un grand honneur que M. le professeur Cavalié a fait à la Société d'Odontologie.

M. Cavalié, professeur agrégé à l'Université de Bordeaux, enseigne depuis plusieurs mois cette nouvelle théorie de la carie dentaire et je crois qu'elle fera époque dans la littérature professionnelle, car elle corrobore en partie ce que certains cliniciens ont entrevu au point de vue de la réaction dentinaire.

La dent n'est pas un corps inerte, c'est un corps qui réagit et M. Cavalié vous a expliqué le processus morbide qui se produit.

Il faudrait un homme beaucoup plus compétent que moi pour pou-

---

1. Voir *Odontologie* du 30 juillet 1907, page 49.

voir discuter la communication de M. Cavalié, ce que j'ai surtout à cœur de faire actuellement, c'est de le remercier très sincèrement au nom de la Société d'Odontologie de Paris de nous avoir fait cette très intéressante et très savante communication.

M. Godon. — Comme Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, nous joignons tous nos remerciements à ceux que vient d'adresser à M. le professeur Cavalié, le vice-président de la Société d'Odontologie.

J'ai oublié tout à l'heure de vous rappeler les différents titres de M. Cavalié.

M. le professeur Cavalié était déjà professeur dans une école dentaire ; il est actuellement à la tête de l'enseignement dentaire à l'Université de Bordeaux. Récemment il a passé à Paris — pour avoir toutes qualités pour enseigner à des dentistes — son examen de chirurgien-dentiste à la Faculté de médecine. Je tiens à insister sur ce fait parce qu'il y a dans l'acte qu'a accompli M. Cavalié quelque chose que nous devons noter : il s'est prononcé d'une manière nette, je puis le dire, pour notre Groupement dont il a demandé à faire partie. Le jour même il est venu s'inscrire chez moi comme membre de l'Association générale des dentistes de France.

Après avoir passé son troisième examen de chirurgien-dentiste, il vient ici étudier avec nous ce soir la réforme de l'enseignement dentaire, réforme qu'il demande de son côté comme nous la demandons du nôtre. Il vient donc travailler avec nous aux revendications des chirurgiens-dentistes. Donc à ce double titre, nous devons le remercier et saluer sa présence parmi nous, puisqu'il est des nôtres. *(Applaudissements.)*

M. Cavalié. — Je remercie votre sympathique directeur, M. Godon, de ses aimables paroles, et M. Blatter des compliments certainement trop élogieux qu'il a faits sur mon compte.

Si je suis venu ici, comme le dit M. Godon, ce n'est certes pas simplement pour vous faire cette démonstration, mais surtout pour prendre part aux travaux de la Commission de réformes des études dentaires. Nous sommes à peu près absolument d'accord avec M. Godon sur la nature des réformes qu'il faut faire.

Il faut tout d'abord, je crois, élever le niveau des études et des connaissances à acquérir par les étudiants. Il est un autre point également très important : c'est le relèvement moral de la profession.

Je crois que ces deux points sont ceux que nous devons avoir particulièrement en vue.

J'appartiens à la profession dentaire et vous pouvez compter que je ferai tout ce que je pourrai pour arriver au relèvement moral et scientifique de la profession dentaire. (*Applaudissements.*)

M. Blatter déclare la séance levée.

ASSOCIATION AMICALE DES DENTISTES DU CENTRE

Séance du 21 juillet 1907 à Bourges.

Présidence de M. Brodhurst.

Secrétaire : M. Sauvanet.

Excusés : MM. Bouvet, Hamonet, Maréchal.

Le président donne lecture de deux lettres de démission de MM. Pothier, de Vichy, et Bouzigues, de Nevers.

Après avoir reçu un pressant appel du président pour retirer sa démission, M. Pothier ayant confirmé sa décision, le Bureau en prend note et lui adresse ses remerciements pour les services rendus à l'Association.

Pour M. Bouzigues il est décidé que le secrétaire usera de toute son influence pour le faire revenir sur sa détermination, M. Bouzigues ne quittant pas le rayon d'action de l'association.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Lalement, vice-président, maintenant sa démission. Le Bureau décide d'insister auprès de M. Lalement et, dans le cas où sa détermination serait irrévocable, charge le secrétaire-trésorier actuel de régler avec lui les comptes de trésorier dont il eut la charge.

Le président donne connaissance d'une lettre de M. Rousset, président du Congrès dentaire de Bordeaux, invitant l'Association des dentistes du Centre à se rendre au Congrès.

Les membres présents à la réunion étant tous empêchés de représenter l'A. D. C. dans cette circonstance, le Bureau invite les membres à s'y rendre individuellement et adresse à M. Rousset ses meilleurs vœux pour la réussite du Congrès et ses salutations confraternelles.

L'Association délègue pour la représenter au Congrès de Reims MM. Brodhurst et Lebert.

Le président donne lecture d'une lettre de M. Francis Jean, président d'A. G. D. F. et de la F. D. N., invitant l'A. D. C. à se joindre à ces deux sociétés pour formuler une protestation contre la décision du Comité d'organisation du 16e Congrès médical de Budapest, au sujet de l'exclusion des dentistes ne possédant pas de titre médical.

L'Association des dentistes du Centre se joint à cette protestation et décide de l'adresser au Dr Miller.

Sur la proposition de *M. Sauvanet*, l'Association adresse des félicitations à la Société d'Odontologie pour sa campagne de défense des intérêts odontologiques et, sur la proposition de *M. Schérer*, regrette que des membres de cette Association aient cru devoir dé-

fendre contrairement aux lois constitutionnelles de l'art dentaire, l'exercice de la prothèse à des personnes non pourvues de diplômes d'Etat.

M. Brodhurst lit ensuite un rapport sur la réglementation des soins dentaires donnés aux enfants assistés, adressé au président du Groupement de l'Ecole dentaire à Paris.

Après discussion, M. Brodhurst est invité à fournir un rapport complémentaire qui sera discuté en séance plénière à la prochaine réunion de l'A. D. C.

L'Association, sur la proposition de *M. Schérer*, adresse un vote de félicitations au Syndicat de Toulouse et l'engage à persister dans la voie qu'il a déjà suivie.

M. Schérer est chargé pour la prochaine réunion d'une étude sur l'utilité de la création d'écoles dentaires provinciales.

Enfin, le président rappelle les travaux de l'A. D. C. pendant l'année écoulée et souhaite de voir ses réunions suivies par un plus grand nombre de membres dans la période critique que traverse la profession et où il n'est pas trop des efforts de chacun pour conserver la place acquise par les chirurgiens-dentistes.

Après avoir fixé le lieu de la prochaine réunion à Vichy en septembre et chargé le secrétaire d'y donner rendez-vous à tous les dentistes du Centre.

Le secrétaire,
SAUVANET (Issoudun).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Commission des études dentaires et de l'orientation professionnelle.

La Commission des réformes des études dentaires et de l'orientation professionnelle s'est réunie le 16 juillet, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Godon.

Elle a d'abord pris connaissance d'un exposé adressé par M. Rigolet, d'Auxerre, d'un rapport envoyé par M. Roy et d'un rapport sommaire présenté et soutenu par M. Mahé et de conclusions présentées par le président.

Elle a abordé ensuite l'examen de la 3e question inscrite à son programme : études scientifiques et médicales et, après discussion, elle a adopté une proposition de M. Mahé ainsi conçue :

« Les études médicales des dentistes doivent être telles que d'une façon absolue elles soient suffisantes à l'exercice autonome de cet art. »

Elle a adopté également deux propositions de M. Roy, ainsi conçues :

1° « L'enseignement scientifique et médical doit, comme l'enseignement dentaire, être donné dans les écoles dentaires et par des cours faits spécialement pour les dentistes, afin qu'il soit exactement adapté aux besoins de l'enseignement nécessaire aux dentistes ; »

2° « Les études dentaires doivent être organisées conformément à une méthode parallèle de tous les cours, c'est-à-dire que les cours de l'enseignement scientifique et médical et ceux de l'enseignement dentaire proprement dit, doivent être suivis simultanément par les étudiants. »

La Commission a abordé alors l'étude de la 4e question : *Diplôme* et, après discussion, elle a adopté transitoirement et pour le moment le maintien du titre de *chirurgien-dentiste*, mais décidé que l'orientation doit se faire vers un doctorat spécial autonome (doctorat en chirurgie dentaire ou doctorat en odontologie), suivant les conclusions présentées par le Président.

La séance a été levée à minuit.

LES DENTISTES ET LE CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL

Nous extrayons du Dental Cosmos *de juillet les réflexions suivantes que notre excellent confrère M. Kirk consacre à cette question dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs à deux reprises* (Odontologie *du 15 juin et du 15 juillet*).

« La communication du professeur Miller est la preuve d'une recrudescence d'une activité ancienne, et, dans notre époque de progrès scientifique, nous avions supposée plutôt somnolente, sinon moribonde. Ce n'est pas autre chose qu'une tentative de la part d'une minorité égarée pour montrer qu'une distinction de classe peut être établie entre les praticiens d'une branche de l'art de guérir et ceux d'une autre branche du même art. L'esprit de ce mouvement est un reste du barbarisme du moyen âge, qui a donné naissance aux lois des corporations ». . . . .

« D'une manière générale les hommes qui représentent les idées avancées en médecine connaissent le résultat auquel la dentisterie est parvenue au point de vue artistique et scientifique et lui rendent hommage. Ce qui le prouve c'est la reconnaissance officielle de la dentisterie dans plusieurs des Congrès médicaux et des Associations médicales nationales. Si par hasard quelque comité d'organisation à l'esprit étroit réussit à faire triompher ses préjugés comme cela s'est fait à Lisbonne et vient de se faire à Budapest, cela doit être considéré comme un simple incident dans la rotation de la roue politique qui a permis à quelques hommes ou à quelques groupes d'hommes de faire montre de leur étroitesse et, si cela est désagréable, cela n'a aucune importance sur les relations de la médecine et de la dentisterie.

» Malheureusement il existe un petit groupe d'hommes exerçant la dentisterie qui ont ajouté un qualificatif médical à leur qualification et qui, à cause de ce qualificatif ont tous les préjugés médicaux à l'égard du dentiste... Trop souvent le degré médical est ainsi porté non pas à cause de l'enseignement plus complet qu'il représente, mais à cause de l'honorabilité qu'il est supposé conférer. Heureusement cette variété de dentiste est un petit facteur et n'a d'importance que parce qu'elle est un élément de trouble entre les deux professions.

» Le projet de résolution du Dr Miller, adopté par les deux Sociétés qu'il signale, est, à notre avis, la seule voie à suivre touchant la représentation des dentistes au Congrès international de médecine de Budapest. Aucune personne ayant de la dignité ne voudrait aller où l'on ne la demande pas, et le dentiste qui assisterait au Congrès de Budapest se séparerait par cela même de la profession dentaire, et celle-ci le considérerait ainsi... »

LES RÉUNIONS ODONTOLOGISTES ET LES CONGRÈS MÉDICAUX INTERNATIONAUX

Dans notre numéro du 15 juin dernier nous avons publié la protestation de la Société d'Odontologie de Paris contre l'exclusion des dentistes du 16e Congrès médical international de Budapest (1909) par le Comité d'organisation de ce Congrès.

Une protestation identique a été adoptée par la Société d'Odontologie de Lyon le 13 juillet. Elle est signée de MM. le Dr Guillot, président ; Dr Artaud, E. Bonnaric, J. Bonnaric, L. Croutaz, Crépier, Durif, G. Erny, Papet, Dr Pont, J.-M. Ravet, Rouvier, Soulard, J. Vicat, J. Vichot.

Une protestation identique a été également adoptée par le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France réuni le 20 juillet et par le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris.

La même protestation a été aussi formulée par la Société amicale des dentistes du Centre, réunie le 21 juillet. Elle est signée de MM. Brodhurst, président ; Sauvanet, secrétaire ; Schérer.

Enfin cette protestation a été formulée par l'Association des dentistes de l'Est, présidée par notre confrère M. Fléty, le 22 juillet.

Nous apprenons que le Congrès dentaire international de Bordeaux a voté la même protestation dans sa séance du 26 juillet, ainsi que la F. D. N. à Reims.

M. Francis Jean, président de la F. D. N., nous communique la lettre suivante :

Auxerre, le 7 juillet 1907.

Monsieur le Président et cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que la « Société d'Odontologie de Bourgogne » s'est réunie aujourd'hui à Auxerre et que votre lettre du 30 juin dernier y a fait l'objet d'une communication.

A la suite d'une discussion tous les membres présents ont décidé de partager votre manière de voir sur ce sujet et d'adresser directement à M. le professeur Miller, leur protestation contre l'exclusion, au Congrès médical international de Budapest de 1909, des dentistes qui ne possèdent pas de titre médical.

Je suis heureux de vous transmettre l'avis de cette décision, comme vous en avez manifesté le désir, et de vous donner l'assurance de notre entier dévouement à la profession.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

A. EUSTACHE, *président.*

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL DE PAIX DE PARIS (XIVe)

Audience du 8 août 1907.

Présidence de M. de Leiris.

Dentiste. — Dentier en or. — Parties en caoutchouc pour imiter les talons pleins des dents naturelles. — Nécessité usuelle de cette fabrication. — Prix de l'appareil.

On doit considérer comme étant réellement établi en or, un dentier dont certaines parties en caoutchouc n'ont été ajoutées conformément à l'usage suivi dans ce genre de fabrication, que pour imiter les talons pleins des dents naturelles.

Et dans ces conditions le prix réclamé pour le dentier n'offre rien d'exagéré.

Le tribunal :

Attendu, qu'il suit des constatations détaillées au rapport d'expertise, que l'appareil dentaire, objet du procès, a été entièrement établi par M..., suivant les règles de l'art et dans les meilleures conditions, pour remplir les services qu'on était en droit d'en attendre.

Que vainement la défenderesse oppose que cet appareil devait être complètement en or.

Qu'avec juste raison l'expert estime que c'est bien effectivement en or que M... l'a confectionné et que les parties qui sont en caoutchouc n'ont été ajoutées conformément à ce qui se pratique toujours en pareille circonstance : que pour imiter les talons pleins des dents naturelles, de manière à rendre non seulement plus facile mais réellement possible la mastication, sans danger pour la détérioration de la mâchoire artificielle.

Qu'enfin l'expert, qui est un homme du métier, déclare formellement que le prix réclamé par M..., n'est point exagéré et que le tribunal ne peut que s'en remettre à cette appréciation. Homologue le rapport de l'expert.

Le faisant condamne H... à payer à M..., pour la cause sus énoncée avec les intérêts de droit, les dépens, qui comprendront les frais d'expertise et l'exécution provisoire du présent jugement nonobstant appel et sans caution la somme de 150 francs, reliquat du compte.

REVUE DE JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

(Suite [1].)

— *Expertise.*

Un expert nommé par justice pour examiner l'état d'un blessé ne peut être considéré comme ayant illégalement délégué ses pouvoirs d'expert à une tierce personne, pour photographier par les *rayons X*. C'est là une opération purement matérielle qui, excluant toute appréciation, ne participe en rien de la mission d'un expert.

Et le rapport rédigé par l'expert, sur les renseignements fournis par celui qui a fait la photographie, ne peut être déclaré nul (C. Lyon, 12 avril 1897. *Dalloz*, 1897. 2.304).

— *Femmes.*

Nous avons déjà incidemment parlé de la veuve d'un praticien.

Rappelons, à cet égard, l'arrêt de Besançon, 27 juin 1894 (*Sirey*, Rép. v° Médecine, 32) — et celui de Limoges (2 novembre 1899, déjà cité).

La femme mariée, exerçant l'art dentaire avec son mari sous une seule patente, avant 1892, peut, à la mort de celui-ci, pratiquer pour son propre compte.

— Le tribunal correctionnel de la Seine (4 janvier 1896, déjà cité) s'occupe de la femme qui prend un *pseudonyme* ; — la Cour d'Alger, 6 juillet 1897 (*Dalloz*, 1899. 2.310), de la veuve d'un pharmacien.

— *Honoraires.*

Dans un cas difficile, où un praticien fait appel à un confrère, des honoraires ne sont pas exigibles (T. fédéral suisse, 9 décembre 1892 ; — *Sirey*, Rép. v° Médecine, n° 229).

— Pour apprécier le quantum des honoraires dus, il convient de tenir compte tout à la fois de la situation scientifique de celui qui a fourni les soins, de la position de fortune du client, ainsi que du service rendu (T. Seine, 20 décembre 1892. Floquet, 139, 546), et de la perte de temps occasionnée (T. civ. Manche, 2 mars 1906. *Journ. de Liège*, 1906, 168).

Les personnes qui envoient chercher un praticien par leur propre domestique sont par cela même responsables vis-à-vis de lui (Floquet, 479).

— Pour que l'action en paiement soit recevable, le praticien doit

1. Voir les n°s des 30 avril et 30 mai 1906, 30 mai 1907.

établir que les soins ont été donnés au domestique dans le domicile du maître, et le prix des honoraires doit être proportionné, non à la situation de fortune du patron, mais à la condition modeste du domestique (Just. paix Paris, 6 avril 1893 ; — Floquet, 463).

— Les registres et papiers domestiques ne sont pas un titre pour celui qui les a écrits ; ils ne sont pas susceptibles de former un commencement de preuve par écrit, suffisant pour autoriser le serment, et encore moins autoriser la preuve testimoniale (Floquet, 337) ; — V. T. Seine, 1902, *Bull. du Synd.*, 1902, 6 ; — C. Paris, 15 mars 1905. *Gaz. trib.*, 8 juin 1905.

— Les bases d'appréciation des honoraires ont fait l'objet de plusieurs décisions : T. Seine, 5 décembre 1893 (Floquet, 544) ; — T. Bourges, 7 décembre 1894. *Id.* 6.544 ; — T. Lyon, 11 mai 1895. *Id.* 539 ; — T. Seine, 5 décembre 1896. *Id.* 62 ; — C. Lyon, 15 décembre 1898. *Dalloz*, 1899. 2.371 ; — Just. paix Paris, 22 décembre 1899. *Dalloz*, 1900. 2.73 ; — C. Bordeaux, 14 février 1900. *Sirey*, 1900. 2.190 ; — C. Bordeaux, 16 février 1900. *Dalloz*, 1901. 2.206 ; — T. Seine, 6 juillet 1900. *Gaz. trib.*, 26-27 mai 1902 ; — Just. paix Paris, 31 octobre 1900. Journ. *La Loi*, 2 novembre 1900 ; — T. Bourgoin, 2 février 1901. *Odont.* 1901. 250 ; — T. Seine, 28 novembre 1901. *Gaz. trib.*, 24 janvier 1902 ; — C. Liège, 14 juin 1905, *Jurisp. C. Liège*, 1905, 195.

— Il est d'usage pour les consultations d'allouer au médecin de la famille un honoraire égal à celui des autres médecins appelés en consultation avec lui (T. Bordeaux, 1893, Floquet, 557).

— La question de la diminution des honoraires a donné lieu aussi à quelques solutions (T. Seine, 9 janv. 1894. *Odont.* 1894, 76 ; — T. Seine, 10 février 1894. Floquet 62).

— Les médicaments, fournis sur la demande d'un médecin dans le but d'une opération traitée à forfait et exécutée en dehors du domicile du malade, sont dus par le médecin opérateur (Just. paix Paris, 10 janvier 1894. Floquet, 486).

— Lorsque les visites faites consécutivement à une opération grave pratiquée ont nécessité de la part du médecin ordinaire des soins particuliers, il y a lieu pour les honoraires de tenir compte de la situation du client (T. Seine, 13 février 1894. Floquet, 519).

— La justice a eu à examiner aussi la question des honoraires, en cas de séparation de biens (Cass., 6 août 1894. Floquet, t. 2.252) ou de corps (T. Seine, mai 1897. *Id.* t. 2.449) ; — V. aussi T. Seine, 28 février 1905. *Gaz. trib.*, 9 juin 1905.

— Dans le cas où il y a contestation sur le chiffre des honoraires, si les livres du médecin ne forment pas titre en sa faveur, ils constituent tout au moins une présomption (T. Lille, 13 décembre 1894. *Id.* 334. — T. Mâcon, 10 juillet 1895. *Id.* 544 ; — T. Seine, 29 juillet

1895. *Id.* 544; — T. Seine, 6 juillet 1900. *Gaz. trib.*, 26-27 mai 1902).

— Les honoraires du médecin consultant ne doivent pas être confondus avec ceux du traitant (T. Seine, 1894. *Id.* 509).

— Le client qui ne paie pas comptant les visites de son médecin est présumé s'en rapporter aux comptes de ce dernier pour le nombre des visites faites, et, par suite, la preuve du nombre des visites incombe au client qui les conteste (Just. paix Reims, 23 novembre 1895. *Id.* 327 et t. 2.478 ; — V. C. Bordeaux, 16 février 1900. *Dalloz*, 1901. 2. 206).

— La carte remise au client, à son entrée dans le cabinet du dentiste, ne le lie pas envers le praticien quant au paiement du chiffre stipulé pour rendez-vous manqué. Les tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation des honoraires réclamés (T. Seine, 4 juin 1897. *Odont.* 1897, 138).

Le médecin, dans la pratique de son art, est soumis à la responsabilité générale édictée par les articles 1382 et 1383 du Code civil (Just. paix, Alger, 9 novembre 1897. *Id.* 79).

Le T. Havre (15 novembre 1897) statue sur une convention d'honoraires.

— *Soins aux employés et domestiques d'un patron* (T. Seine, 1897. Floquet, 520 ; — T. Pau, 13 janvier 1898. *Gaz. trib.*, 1899, 2e sem., 4e partie, vo Méd. nos 11, 12, 77 ; — C. Alger, 31 janvier 1898. *Id.* nos 11, 12 ; — T. Seine, 13 mai 1898. *Gaz. trib.*, 1898, 2, 117, 2e semestre ; — C. Lyon, 15 novembre 1898. *Dalloz*, 1899, 2.371 ; — Just. paix Cerisay, 27 mars 1900).

— A l'occasion d'un dentier, le tribunal de la Seine (5 juillet 1898. *Odont.* 1898. 185) a, malgré le prix convenu, déclaré suffisant l'acompte versé.

— La question de *prescription* a été examinée en cas d'interruption des soins donnés (C. Lyon, 15 novembre 1898).

— Les frais médicaux ont soulevé la question de compétence ou d'incompétence des tribunaux (T. Angers, 12 décembre 1899 ; — T. Beauvais, 11 janvier 1900 ; — C. Angers, 16 janvier 1900 ; — C. Besançon, 14 février 1900 ; — T. Toulouse, 23 février 1900 ; — C. Rouen, 28 février 1900 ; — T. Lyon, 21 mars 1900 ; — T. Lure, 18 mai 1901).

— En ce qui concerne le traitement dans un hospice, V. C. Montpellier, 26 mars 1900. *Gaz. trib.*, 12 janvier 1902 ; — T. Agen, 17 mai 1902. *Gaz. trib.*, 11 octobre 1902.

A qui s'adresser pour le paiement des honoraires ? V. T. Bruxelles, 28 mars 1900 (*Gaz. trib.*, 12 janvier 1902), affaire compliquée de la question du secret professionnel ; — Just. paix Paris, 15 avril 1901. *Gaz. du Palais*, 1901, 1.795 ; — Just. paix Langeais, 5 juillet 1901.

Mon. just. paix, 1901, 406 ; — T. Toulouse, 2 juin 1904. *Gaz. trib.*, 25 septembre 1904.

— Sur les honoraires de médecins étrangers, V. T. Valenciennes, 19 mai 1904. *Gaz. trib.*, 9 octobre 1904.

— Sur les honoraires, en cas d'accidents du travail, V. T. Bourgoin, 12 juillet 1905. *Gaz. trib.*, 9 septembre 1905.

— *Hôpitaux.*

— Cas de responsabilité d'un hospice, à propos d'un transport sans consentement (C. Lyon, 17 juin 1896. *Dalloz*, 1898.1.164).

— Question d'honoraires de médecin (C. Montpellier, 26 mars 1900 ; — Just. paix Cerisay, 27 mars 1900).

— Fraix médicaux : C. Lyon, 23 mars 1901. *Mon. judic. Lyon*, 16 août 1901.

— *Listes départementales.*

Les infractions à la loi de 1892 sont des délits, et le 1er élément d'un délit est la mauvaise foi du délinquant : sans quoi, la poursuite est impossible.

Et la bonne foi peut résulter de l'inscription sur la liste des dentistes dressée par la Préfecture de police (C. Paris, 5 novembre 1903).

— *Mécaniciens.*

V. T. Lyon, 15 décembre 1893 ; — T. corr. Amiens, 23 juillet 1895 (exercice illégal) ; — Cass., 15 novembre 1895 ; — T. corr., Brest, 5 février 1904 ; — Cass., 19 novembre 1905.

— L'engagement d'un mécanicien non pourvu d'un diplôme ou d'une patente régulière envers un dentiste, pour travaux de prothèse et opérations de dentisterie, est nul (C. Rennes, 6 décembre 1894. *Odont.* 1901, 115 ; — C. Orléans, 11 novembre 1899. *Sirey*, 1900. 2.16).

Le contrat intervenu entre eux est un louage d'ouvrage, et non un mandat (T. Brest, 8 novembre 1895. *Odont.* 1896.36).

Une pareille convention est annulée sans dommages-intérêts (Cass. 19 novembre 1895. *Odont.* 1901, 115 ; — Cass. 3 décembre 1895. *Sirey*, Rép. v° Dentiste, n° 127).

Le mécanicien non diplômé ne peut être attaché comme opérateur à un bazar dentaire (C. Rennes, 29 juillet 1896. *Odont.* 1901. 115 ; — C. Paris, 22 décembre 1899. *Odont.* 1900.238).

L'opérateur reste alors anonyme et irresponsable (C. Nancy, 12 mai 1897. *Bull. du syndicat*, 1905.94).

— Il y a par lui usurpation de titre, quand il se présente sous cette forme :

Mécanicien-dentiste (T. corr. Lille, 20 octobre 1900. *Odont.* 1901. 85 ; — C. Dijon, 21 octobre 1904. *Odont.* 1905.303).

— Ce n'est point un ouvrier, et, il n'est pas justiciable du conseil des prud'hommes (T. comm. Brest, 12 janvier 1901).

Si la pose qu'il effectue d'un râtelier n'est pas faite en dehors du dentiste, il ne saurait être poursuivi pour exercice illégal (T. corr. Versailles, 24 avril 1902).

— L'apprenti qui s'est engagé à travailler tant d'heures par jour, doit s'exécuter, et son absence pour suivre les cours d'une école dentaire ne serait pas excusable (T. Lyon, 12 novembre 1903. *Bull. du synd.*, juillet 1905).

La pose par lui des dents et des appareils dans la bouche, pouvant entraîner des accidents graves et nécessitant des connaissances spéciales, rentre dans l'exercice illégal de l'art dentaire (T. corr. Brest, 5 février 1904 ; — C. Paris, 29 octobre 1904. *Bull. du synd.*, 1905. 96 ; — T. corr. Seine, 10 janvier 1905. *Bull. du synd.*, août et septembre 1905 ; — T. corr. Chalon-sur-Saône, 19 mai 1905. *Id.* 1905. 153).

— *Médicaments.*

L'emploi de la cocaïne par un interne sur un malade averti n'entraîne pas sa responsabilité, s'il n'y a pas eu faute lourde de sa part (C. Paris, 8 mars 1905. *Gaz. trib.*, 7 avril 1905).

(A suivre.)

FERNAND WORMS,
Avocat à la Cour de Paris.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Fernand Mouton, de Châtellerault, a eu la douleur de perdre sa femme, décédée le 2 juillet dernier, à l'âge de 24 ans.

Nous adressons à M. Mouton, si cruellement éprouvé, et à sa famille nos bien vives condoléances.

NOUVELLES

Mariages.

On annonce le mariage de M. Henri Masson, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, D. D. S., avec Mlle Jeanne Vallot, célébré le 20 août ; de M. Luiz de Gonzaga Pacheco, chirurgien-dentiste à Para (Brésil), avec Mlle Honorine-Louise Charles, célébré le 22 juin, et le mariage de M. Félix Rebel, chirurgien-dentiste, démonstrateur à l'École dentaire de Paris, avec Mme Marcelle Barrio, célébré le 10 juillet.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Attention ! gare à l'escroc !

Un dentiste genre américain, mais français, parlant très correctement, très grand et haut sur jambes, sec, 50 ans environ ; figure complètement rasée, allongée, osseuse ; nez fort, lèvres épaisses ; cheveux blonds, légèrement grisonnants, ras derrière la tête ; yeux vert bleutés (regard un peu étrange, charmeur), porte lorgnon de presbyte, monture or, chaînette or.

Dans l'ensemble très élégant, supérieurement intelligent, très instruit, très habile dans sa profession, connaît les bridges à la perfection. Accepte des appointements, même modestes pour entrer chez le confrère qu'il veut exploiter ; sait attendre le bon moment ; exploite le client s'il ne peut exploiter le dentiste.

Se fait appeler Dr Luzy de Buenos-Ayres ; aurait été dentiste au Caire ; a exercé à Paris.

Est accompagné d'une jeune femme italienne, 19 ans, petite boulotte, jolie, très élégante, brune aux yeux gris bleu.

Les confrères qui l'auraient connu sont priés de fournir des renseignements au directeur du journal l'« Art Dentaire » de Bordeaux, 11, rue Guillaume-Brochon.

Institut des langues et des sciences.

Nous avons la satisfaction d'apprendre que sur 42 élèves présentés par l'Institut des langues et des sciences, dirigé par M. Debraux, à la session de juillet du certificat d'études exigé des étudiants en dentisterie, 36 ont été reçus à l'écrit et 26 définitivement dont sept dames.

Nous avons reçu de M. Juan B. Patrone, de Buenos-Ayres, un petit ouvrage de 144 pages intitulé *Consejos de un dentista* (Conseils d'un dentiste).

Société coopérative des Dentistes de France.

L'assemblée générale ordinaire et extraordinaire de la Société coopérative s'est réunie le 28 juin, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Le Conseil d'administration a donné communication du bilan arrêté au 31 décembre 1906 qui accuse une situation excellente. Une nouvelle répartition d'intérêts et de bénéfices a été décidée. A ce propos M. Baelen, secrétaire général, a fait remarquer que fondée, depuis moins de cinq ans, la Coopérative avait pu mettre en distribution à divers titres (intérêts, répartition de bénéfices, subventions, etc.) une somme égale à près des deux tiers de son capital : un semblable résultat n'a pas besoin d'être commenté.

MM. Bioux, Szwaycarsky (Hugo), Blatter et Delair ont été réélus administrateurs.

MM. Desforges, de la Loge, Borkowski ont été nommés commissaires des comptes.

Puis un comité technique chargé de diriger les achats et de perfectionner les instruments utilisés en art dentaire a été constitué. MM. Miégeville (Paris), Dr Saurain, Dr Amoëdo, Dr Dreyfus, Eudlitz, Heïdé ont été désignés pour en faire partie.

Enfin, la réunion, conformément aux propositions du Conseil d'administration, a voté une importante modification aux statuts. Elle a décidé d'admettre indépendamment des actionnaires, des adhérents qui ne seront tenus qu'au versement d'une cotisation de cinq francs par an ; cette cotisation leur donnera droit à une part dans la répartition annuelle des bénéfices, part proportionnelle à leurs achats.

Cette disposition va très certainement beaucoup aider au développement de la Coopérative. Pour renseignements ou adhésions, s'adresser au président de la Coopérative des Dentistes, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. MM. les actionnaires recevront dans le courant de septembre le relevé de leur compte d'intérêts.

Nous avons reçu le 45e rapport annuel de l'Association des dentistes autrichiens de Vienne, qui porte sur l'année 1905-1906.

27e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉROSION DITE « CHIMIQUE » DES DENTS ET LE TERRAIN [1].

Par LÉON FREY,

Professeur à l'École dentaire de Paris,
Dentiste des hôpitaux.

Rapport au Congrès de Reims, août 1907.

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'Avancement des sciences.

Depuis plusieurs années, je me suis efforcé de développer la notion de l'influence de l'état général ou du terrain dans la carie dentaire, dans les accidents de la dentition et dans la pyorrhée alvéolaire ; il est une autre manifestation de la pathologie dentaire où ce rôle de l'état général doit être étudié, c'est l'érosion dite « chimique ».

Dans la pyorrhée, la question du terrain s'impose au point que tout travail, toute discussion sur cette importante maladie, qui ne lui donne pas sa place dans la proportion que mon schéma a essayé d'établir[2], est *a priori* incomplet et perd par conséquent de sa valeur scientifique et pratique[3].

1. Il est bien entendu que je n'envisage ici que la question terrain ; je borne mon étude à la prédisposition générale et locale ; je ne fais que signaler à sa place la cause efficiente, mécanique, sans rien lui enlever de sa valeur.

2. Voir *Revue d'Odontologie*, 1906.

3. C'est ce qui ressort nettement de la dernière discussion sur le traitement de la pyorrhée à la Société d'Odontologie de Paris (séance de juin 1907), notre confrère Blatter est le seul qui ait dit quelques mots concernant l'état général. J'en dirai autant de la dernière discussion à la Société de Stomatologie. De même à l'étranger la classification des causes de la pyorrhée n'a jamais été mise au point.

Dans l'érosion dite « chimique » cette influence du terrain est trop négligée, car le plus souvent, loin de s'imposer à notre attention, elle demande à être recherchée ; d'aucuns même la nient, ne considérant que la simple lésion locale. Je vais essayer de la dégager, croyant faire en cela œuvre utile non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique ; en effet de même qu'en dépistant une pyorrhée au début, à la période congestive du prurit gingivo-dentaire, des « petits signes [1] », on peut par des prescriptions d'hygiène locale et générale rendre le plus grand service pour l'avenir à son malade, de même et *surtout* en découvrant de bonne heure l'érosion ou les érosions, en ne négligeant pas leur valeur au point de vue terrain, on peut éviter pour l'avenir et même pour le présent des troubles graves de l'organisme.

C'est ainsi qu'un examen dentaire peut être l'occasion d'importantes mesures de prophylaxie.

Mais qu'est-ce que cette érosion dite « chimique » ? Je ne veux pas reprendre en détail mon mémoire de 1900 [2] ; cependant en raison d'une synonymie très fâcheuse, en France du moins, il me faut bien établir un certain nombre de points avant d'aborder la discussion du terrain. L'érosion dite « chimique » est une lésion de la dent caractérisée par la destruction des tissus durs ; *c'est une sorte d'ulcération à fond dur et poli.* Il ne faut absolument pas la confondre avec l'usure mécanique à laquelle nos confrères américains réservent avec raison le nom *d'abrasion*, ni avec *l'érosion congénitale* qui indique un trouble de développement et de structure auxquels ils donnent le nom plus général et plus vrai d'*atrophie* ou d'*hypoplasie*.

Donc l'érosion chimique est une ulcération qui débute par une petite rainure et s'étend peu à peu en surface et en profondeur plus ou moins loin.

Sur une coupe verticale de la dent, sa forme générale est

---

1. Frey et Lemerle, *Pathologie dentaire*, 2e édition.
2. Frey, *Erosion chimique des dents*, 3e Congrès dentaire international, Paris 1900.

celle d'un triangle à sommet profond, à base périphérique. Les bords sont nets ; pour une dent du haut l'inférieur est toujours plus accentué que le supérieur ; pour une dent du bas, c'est évidemment le contraire. Le fond est luisant et poli, généralement l'ulcération est très blanche dans son ensemble, quelquefois elle est plus foncée, brunâtre et même noire, la coloration allant s'accentuant des bords vers la partie la plus profonde.

A cet aspect caractéristique il faut ajouter la consistance extrêmement *dure et lisse*.

L'érosion est sensible au froid, au sucré, au salé, aux acides, au contact des objets un peu durs (brosse, ongles) mais surtout au froid, par exemple l'inspiration d'air froid est particulièrement pénible. Mais cette sensibilité ne dure que pendant la période d'activité de l'érosion ; quand celle-ci s'arrête d'elle-même, plus ou moins vite suivant les individus, ou encore quand elle est arrêtée par la production odontoblastique d'ivoire secondaire, la sensibilité s'atténue et disparaît.

D'ailleurs celle-ci n'a pas toujours été identique à elle-même, elle a présenté des jours d'exacerbation en rapport avec la sensibilité générale du malade.

Les dents atteintes par l'érosion sont en général des dents grandes, bien blanches, fortement calcifiées, non atteintes par la carie, au moins au niveau de la surface érodée ou dans ses environs ; la perte de substance peut se limiter à une rainure horizontale au collet ou s'étendre peu à peu, à la façon d'une ulcération serpigineuse sur la totalité de la couronne, pouvant réduire celle-ci d'un tiers ou de la moitié de son volume, lui laissant l'aspect d'un bec de flûte. C'est la face labiale qui est toujours la plus touchée, quelquefois ce sont les faces interstitielles, plus rarement la face linguale.

La gencive est rétractée, bien rarement enflammée. D'ailleurs l'aspect général de la bouche est caractéristique dans l'érosion : c'est une bouche propre, comme le sont les dents elles-mêmes ; *pas de tartre ou à peine* ; la langue est nette,

pas étalée, ne portant pas l'empreinte des dents, les bords et la pointe sont toujours d'un rouge vif, la base l'est moins, souvent même blanchâtre. Il n'est pas rare cependant que les sujets porteurs d'érosion présentent des traînées plus ou moins épaisses et étendues de leucoplasie jugale et linguale.

Les dents antérieures sont beaucoup plus fréquemment atteintes que les postérieures, surtout les canines supérieures, en bas il me semble surtout que ce sont les premières prémolaires. La même dent peut être atteinte sur plusieurs faces, à des degrés différents il est vrai ; quand l'arcade est irrégulière, il est assez rare que les dents rejetées en dedans soient affectées.

Une seule dent peut être touchée, par contre je connais des cas où toutes les dents ont été érodées.

La marche de l'affection est bien variable, ordinairement en quelques années on assiste à la formation de la rainure primitive puis à son extension en surface et en profondeur et au bout de 2, 3, 4, 10 ans, l'érosion devient insensible et s'arrête, avec ou sans formation de dentine brunâtre de résistance ; dans la plupart des cas que j'ai observés, l'érosion arrêtée est restée d'aspect tout à fait blanc.

Très souvent j'ai constaté l'apparition de la lésion, puis son arrêt pendant quelques années et de nouveau son extension jusqu'à l'arrêt final.

Il peut arriver dans la forme serpigineuse que l'érosion progresse jusqu'à la décapitation de la couronne soit spontanément, soit par fracture à l'occasion du moindre traumatisme.

Les sujets atteints de cette affection sont toujours des adultes de 20 à 40 et même 50 ans ; leur aspect général indique ordinairement une santé florissante, ce sont des gens vifs, actifs, de teint plutôt coloré, qui peuvent se trouver momentanément arrêtés par des crises de goutte, de rhumatisme *abarticulaire*, de dyspepsie nerveuse et hyperchlorhydrique, de colique néphrétique. Leurs ongles sont plus ou moins cannelés ; souvent ils perdent leurs cheveux

de bonne heure, leur calvitie occupe tout le sommet de la tête, elle arrive à s'étendre jusqu'au front, mais reste toujours limitée par une couronne de cheveux sains et abondants qui s'arrête aux régions temporales.

Pour expliquer l'érosion, les théories sont nombreuses, je les ai toutes signalées dans mon Mémoire de 1900, en particulier la *théorie chimique* qui a donné à cette affection son nom d'*érosion chimique* ; aucune n'est satisfaisante encore. Mais il en est une, extrêmement simple, la *théorie mécanique*, qui se contente d'incriminer les brossages trop énergiques avec des préparations dentifrices trop rudes ; elle captive par le fait même de sa grande simplicité et aussi par l'autorité de ceux qui la soutiennent, Tomes, Zugmonds, Salter, Cruet et surtout le professeur Miller (de Berlin). « J'ai examiné, dit-il, dans sa conférence faite à la Société d'Odontologie de Paris en novembre 1906, durant ces deux dernières années, environ 300 cas d'érosions et dans 85 cas j'ai fait un examen très complet des malades ; or je n'ai jamais trouvé jusqu'à présent un cas d'érosion où la brosse dentaire n'ait été employée avec une poudre grossière quelconque. »

Le professeur Miller, par ses expériences fort ingénieuses, est arrivé à nous prémunir contre les frottages qui traumatisent les dents, c'est un grand service de plus qu'il a rendu là à notre profession, mais il n'a vu que la cause efficiente de l'érosion ; en mettant en garde, à la fin de sa conférence, contre les agents acides, il a fait entrevoir une des causes occasionnelles ou adjuvantes, mais celle qu'il a volontairement passée sous silence, c'est la cause prédisposante. Il faut que la dent présente un trouble dans sa résistance calcaire pour qu'elle puisse se laisser entamer de la sorte par l'irritation mécanique. « J'ai cherché, dit-il, et je n'ai jamais vu un cas d'érosion des dents chez une personne qui n'emploie pas la brosse. » Or à l'hospice de Bicêtre, où je fais le service dentaire, salle La Rochefoucauld, le malade n° 32 est un vieillard de 82 ans qui ne s'est *jamais*

brossé les dents, et dont la canine inférieure droite présente au collet l'érosion la plus typique [1].

Le cas est rare, j'en conviens, mais serait-il unique qu'il suffirait à prouver que la théorie exclusivement mécanique n'est pas complète.

Znamensky, non satisfait non plus par la théorie chimique (d'après laquelle un commencement de décalcification serait opéré soit par des agents extérieurs, soit par la salive elle-même [2]) ni par la théorie mécanique exclusive, s'est demandé si la prédisposition à l'érosion ne pourrait se trouver dans une modification de l'ivoire, pour lui il y aurait une altération de la dentoïdine.

C'est le nom qu'il donne à la substance organique de l'ivoire qui sert de soutien, de squelette pour ainsi dire, à la substance calcaire.

Znamensky ne dit pas (il ne peut le dire, étant donnée notre ignorance de l'histophysiologie de la dentine) *en quoi consiste cette altération de la dentoïdine ;* mais par ses expériences en milieu acide et par la caléfaction, il a montré que, la substance organique disparaissant, les sels calcaires tombent à leur tour : il suffit alors d'un simple brossage pour produire une lésion absolument semblable à l'érosion. Quant au poli de sa surface, Znamensky l'explique par un caractère inhérent à la constitution de la dentine, au même titre que ce qu'on constate dans la stéarine, dont la section est toujours unie et polie même quand elle est faite avec un couteau émoussé.

Au point où j'en suis de cette discussion pathogénique je puis dire : la théorie mécanique de Miller est incomplète, car elle explique le stade efficient et nullement le stade prédisposant ; la théorie dentinaire de Znamensky reste une hypothèse qu'il justifie expérimentalement, mais je tiens à répéter que ce n'est qu'une hypothèse puisque nous ne savons rien encore ou à peu près rien de la physiologie de

1. Je ne cite que ce cas parmi d'autres observés par des confrères et par moi, parce que je le considère comme absolument typique.

2. Sulfocyanure de potassium d'après Michaëls.

l'ivoire, puisque nous ignorons trop de choses de la dentoïdine normale et que nous ignorons tout de la dentoïdine pathologique [1].

Et cependant on ne peut nier qu'il y ait un terrain qui prédispose à l'érosion, et ce terrain je tiens à le prouver :

1° Par des considérations d'âge ;

2° Par des considérations tirées de la clinique même de l'érosion : *état de la bouche* (milieu buccal), *état des dents et marche de l'affection ;*

3° Par des considérations tirées de l'état général des sujets atteints d'érosion ;

4° Par des considérations tirées des travaux de Ferrier, de Lœper et Boveri sur la calcification.

1° Si l'érosion n'apparaît pas avant l'âge de 20 ans, si elle est toujours arrêtée après 50 ans, c'est qu'avant 20 ans et après 50, il y a un état de la calcification, des influences d'ordre général, qui mettent la dent à l'abri des atteintes de la brosse. Qui dit âge, dit *a fortiori* état général. S'il ne s'agissait que d'une simple écorchure traumatique de la dent, les considérations d'âge seraient superflues. Or Miller lui-même écrit : « Sur 69 patients dont j'ai déterminé l'âge, j'ai trouvé que l'âge moyen était 50 ans ; le plus âgé avait 60 ans, le plus jeune 32 ans. » Si donc l'âge est intéressant à considérer dans l'étiologie d'une maladie, ce ne peut être que comme élément prédisposant, c'est-à-dire de terrain.

2° Le tableau clinique lui-même de l'affection éloigne de notre esprit la conception d'une lésion exclusivement locale, accidentelle, traumatique. Il s'agit d'individus à bouche propre, à gencives nettes, sans tartre. Sans vouloir entrer dans aucune analyse du milieu buccal dont nous ignorons encore trop de choses, *en restant sur le terrain purement clinique,* n'y a-t-il pas là une différence évidente de milieu avec la bouche entartrée et à gencives molles et saignantes

---

1. Je renvoie à cet égard au beau travail du Dr Julien Tellier (de Lyon) sur la nutrition de la dentine.

du pyorrhéique ? Vous avez beau soigner ce dernier, il vous faudra lutter constamment contre les nouveaux dépôts de tartre ; votre malade à érosion, lui, n'en fait pas.

Or qui dit présence ou absence de tartre dit milieu buccal, *dit a fortiori état général.*

N'y a-t-il pas en outre une prédisposition de la dent à l'érosion, par le fait même de sa constitution calcaire ? Or la calcification de tout organe, quel qu'il soit, est en rapport avec la nutrition générale. Deux de mes patients, M. et Mme de L..., emploient la même formule de poudre, aussi souvent, avec le même numéro de brosse ; lui présente des érosions, elle en est indemne ; mais lui a des grandes dents blanches, fortement calcifiées — peut-être trop ; — elle a des dents molles, mal calcifiées, présentant de multiples caries. Lui a un tempérament de goutteux, neuro-arthritique, elle est une affaiblie par de multiples accidents utérins.

Enfin l'érosion a une marche très particulière, qui me semble bien relever d'une question de terrain ; c'est une lésion qui progresse plus ou moins vite et qui ensuite s'arrête. Cependant le brossage continue toujours, aussi fort et régulier ; il ne s'est pas arrêté ; s'il était une cause exclusive, comme le veut Miller, ce serait une même cause qui ne produirait pas toujours le même effet !

Autre point à propos de la marche de l'érosion : c'est un fait clinique que l'érosion s'arrête, c'est aussi un fait clinique que l'érosion et la pyorrhée alvéolaire ne sont jamais concomitantes et que si la pyorrhée survient plus tard, c'est après l'arrêt de l'érosion. Il semblerait que ces deux manifestations morbides correspondent à des états généraux différents ; nous le confirmerons un peu plus loin.

3° Les sujets atteints d'érosion « dite chimique » sont ordinairement, disais-je tout à l'heure, des arthritiques jeunes à manifestations goutteuses, présentant souvent des crises de rhumatisme musculaire, abarticulaire, de colique néphrétique et de dyspepsie nerveuse et hyperchlorhydrique. 70 0/0 des cas observés par Snyder se rapportent à des goutteux.

Or Miller ne peut nier l'arthritisme ; « tempérament morbide héréditaire » (Bouchard-Widal). Si ce mot autrefois « étonnait les étrangers » comme dit le professeur Debove, à présent des maîtres incontestés de la science allemande sont obligés de l'admettre. On riait de l'arthritisme, « cette idée française », en Allemagne, il y a quelques années ; on n'en rit plus aujourd'hui ; « cela s'explique, » écrit Combe dans son livre sur l'auto-intoxication intes- » tinale, parce qu'avec le bien-être et la richesse, qui est » devenue beaucoup plus générale en Allemagne, les mala- » dies qui en sont la conséquence ont commené à se montrer » avec leur cortège symptomatique et ont forcé l'attention » des cliniciens ».

Le professeur Miller lui-même a cherché un rapport entre l'arthritisme et l'érosion ; il nous l'a dit après sa conférence en répondant à une question que je lui posais à ce sujet ; il n'a pas trouvé ce rapport, je me permettrai de dire qu'il l'a mal cherché : il est allé dans les hôpitaux de Berlin, il a examiné une cinquantaine de rhumatisants, il ne leur a pas trouvé d'érosion, et il en tire une conclusion négative. Or, dans l'érosion, il s'agit d'arthritiques qui ne constituent en général dans aucun pays la clientèle hospitalière ou ouvrière, ce sont des arthritiques à forme goutteuse, ils appartiennent à la classe sociale des goutteux ; soit par vice alimentaire, soit par dyscrasie organique héréditaire ou acquise, soit par une trophonévrose, chez eux les nucléines détruites et décomposées *en acide urique, en corps puriques, en xanthine, hypoxanthine, en acide oxalique, se forment en excès dans le sang ;* d'où les crises de goutte, de rhumatisme musculaire ou abarticulaire, de dyspepsie, d'entérite même et de colique néphrétique que présentent ces malades ; sans parler de leurs troubles trophiques admis pas tous les cliniciens du côté des ongles et du cuir chevelu et peut-être aussi de la dent.

Je rappellerai à Miller que Lancereaux déjà en 1883, à une époque où les médecins n'examinaient guère les dents, dans son *Traité de l'herpétisme,* p. 109, signalait

ces dents qui « s'usent au niveau du collet, s'atrophient, disparaissent jusqu'à la racine ».

Les rhumatisants que le professeur Miller a pu voir à l'hôpital, ce sont ou des gens atteints de rhumatisme articulaire aigu, maladie infectieuse qui n'a rien à voir avec l'arthritisme, ou des malades qui sont soit par l'âge, soit par la misère, l'alimentation insuffisante, le surmenage, soit par l'intoxication du système nerveux trophique, soit par une dyscrasie organique, qui sont, dis-je, des victimes d'une *intoxication acide spéciale :* ils détruisent soit trop, soit trop vite l'albumine et les corps gras de leur organisme, ils forment des acides gras volatils et de grandes quantités d'ammoniaque que ces acides empruntent à l'albumine pour se saturer.

Cette dernière catégorie de patients, qui se rencontrent dans la clientèle hospitalière, présente une maladie dentaire importante, dont j'ai parlé l'an passé, c'est la pyorrhée alvéolaire ; je suis sûr que celle-là M. le professeur Miller l'a rencontrée dans les hôpitaux de Berlin.

4° Enfin dans ces derniers temps l'étude biologique de la chaux, son rôle dans les différentes transformations de la matière vivante a fait l'objet en France de travaux importants de M. Ferrier, un confrère dentiste, au point de vue clinique, et de MM. Lœper et Boveri, au point de vue expérimental. (*Presse médicale,* 1907, n° 51.) Je vais essayer d'en tirer quelques conclusions au point de vue dentaire pour montrer que l'érosion n'est pas une simple lésion locale.

Ferrier, depuis quelques années, reprenant et développant les conclusions déjà lointaines de Boussingault, a montré le rôle essentiel de la chaux, non seulement pour les os et les dents, mais encore pour tout le corps humain, dont il a étudié les variations de densité. Il en a tiré des conclusions intéressantes aussi bien pour la résistance des dents aux agents et aux infections extérieures, que pour la résistance de tout l'organisme à la tuberculose.

Lœper et Boveri ont établi que la puissance d'assimilation calcaire, qui est à son maximum chez l'enfant ou le jeune animal, va en diminuant avec la vieillesse ; que chez l'animal jeune cette puissance est considérable dans certains tissus : « les os et les cartilages sont une voie d'échappement perpétuellement ouverte à la chaux en excès ; par » une alimentation hypercalcique on augmente dans des » proportions énormes la densité des os (1.57 au lieu de » 1.41) et l'on calcifie même les cartilages xiphoïde, costaux, laryngés. »

Or je me demande si chez l'adulte, étant donnée la dureté des dents atteintes d'érosion, il n'y a pas une hypercalcification, oserais-je dire plutôt une dyscalcification, telle que la gangue organique ou dentoïdine ne peut plus retenir les globules calcaires, qui sont alors entraînés par le brossage.

Un fait clinique m'a frappé depuis quelques mois : contrairement à mon attente la plupart de mes malades à érosions en période d'activité ne présentaient *pas d'élévation de la pression artérielle* : 16 à 18, ce qui est normal ; au contraire, chez ceux dont les érosions étaient arrêtées depuis longtemps, et dont quelques-uns présentaient déjà de la pyorrhée, la tension était généralement augmentée 19, 20, 22, 23.

Je pense avoir trouvé dans le travail de Lœper et Boveri, l'explication suivante de ce fait :

L'adulte, en raison de sa puissance d'assimilation calcaire par ses os, cartilages et probablement ses dents, ne laisse pas encombrer par les sels de chaux son cœur et ses vaisseaux, d'où absence d'hypertension ; mais arrivé à un certain âge, l'organisme a perdu cette puissance de fixation, les sels de chaux encombrent ses humeurs et se répandent dans les tissus et organes qui à l'état normal n'en contiennent que des proportions relativement faibles. Une autre cause à cet encombrement calcique, c'est la désassimilation relative dont sont le siège les os de certains vieillards (ils perdent 4 à 8 gr. de chaux pour 100), c'est ainsi que l'atro-

phie des procès alvéolaires est une cause prédisposante de la pyorrhée, comme je l'ai dit l'an passé dans mon Mémoire sur cette affection. Le résultat de cet encombrement est *l'artério-sclérose,* qui sera d'autant plus accentuée qu'il n'y a pas élimination proportionnelle par l'urine, les matières fécales, la sueur ; cette élimination est à peine suffisante à l'état normal ; elle sera plus faible encore dans l'état pathologique que nous venons de nommer.

Donc les travaux les plus récents sur la calcification des tissus sembleraient, en ce qui concerne l'érosion, donner raison à l'hypothèse de Znamensky et aussi à la mienne.

Nous pouvons ici peut-être entrevoir la portée immense du problème que pose cette question de l'érosion : il est possible que l'érosion, dite chimique, *indique que l'organisme est arrivé à son maximum d'accumulation calcique ;* maximum dont le médecin doit tenir compte pour le présent et surtout pour l'avenir, s'il veut éviter ou atténuer les dangers de l'artério-sclérose. Peut-être devrait-il à tout malade, présentant des érosions, restreindre les aliments riches en sels de chaux, comme la viande, les choux, le son, les salades, etc. et insister sur les légumes qui comme les pommes de terre et les carottes sont pauvres en sels de chaux.

Pour donner une conclusion à toutes ces considérations biologiques sur la chaux, j'emprunte à Lœper et Boveri la citation qu'ils font d'une vieille conception de Clocquet : « Chez les sujets vieux, la chaux ne trouvant plus d'écoulement dans les os et les cartilages se jette sur d'autres tissus et a tendance à se déposer dans les parois artérielles par une sorte d'accumulation épuratoire. » J'ajouterai : *il se peut que chez les sujets jeunes cette accumulation épuratoire se fasse en partie dans les dents, il se peut que l'érosion en soit la conséquence sous l'influence du brossage sur des dents hyper ou mieux dyscalcifiées ; cette érosion s'arrêterait quand la puissance d'assimilation calcaire serait arrivée à saturation et alors commencerait le tableau de l'artério-sclérose avec toutes ses conséquences.*

Conclusions

1° Toute étude de l'érosion doit tenir compte de ses deux périodes : activité, arrêt ;

2° La cause efficiente de l'érosion est, dans la généralité des cas, le brossage trop énergique avec des préparations trop rudes ;

3° Mais, pour que ce traumatisme puisse produire la lésion, étant donnés les caractères cliniques de cette lésion et les considérations tirées de l'âge, du milieu buccal, de la calcification des dents, de la marche de la maladie, il faut une prédisposition.

Cette prédisposition, on la trouve dans l'arthritisme, trouble de la nutrition générale (hyperproductions acides, dyscrasie organique, trophonévrose) et plus particulièrement dans une dyscalcification dentaire.

Si l'érosion n'est qu'un simple accident de brossage, elle n'est pas digne de retenir notre attention ; mais si, comme j'en suis convaincu, elle est une des manifestations locales d'un état général, si elle est un avertissement pour l'avenir, alors surtout, je suis heureux de m'être élevé contre l'exclusivisme de M. le professeur Miller et d'avoir posé ce problème dans notre spécialité, où comme toujours dentiste et médecin doivent collaborer.

LE SIMPLEX

Masque pour les anesthésies de courte durée et pour les anesthésies par le chloroforme.

Présenté au Congrès international dentaire de Bordeaux, le 26 juillet 1907,

Par ANDRÉ GENDRON.

L'appareil que nous allons décrire est destiné à l'administration des anesthésiques éthyliques tels que le chlorure d'éthyle, le kélène, le somnoforme, le coryloforme, etc., dont l'emploi tend à se généraliser de jour en jour, aussi bien dans la pratique de l'art dentaire que dans la pratique de la médecine.

Il répond aux différents desiderata de l'administration de ces anesthésiques : *dose massive*, *dose fractionnée*, *mélange d'air et de vapeur éthylique*. Il permet, en outre, grâce à l'emploi d'un dispositif spécial, de donner le chloroforme d'une façon méthodique et dosée.

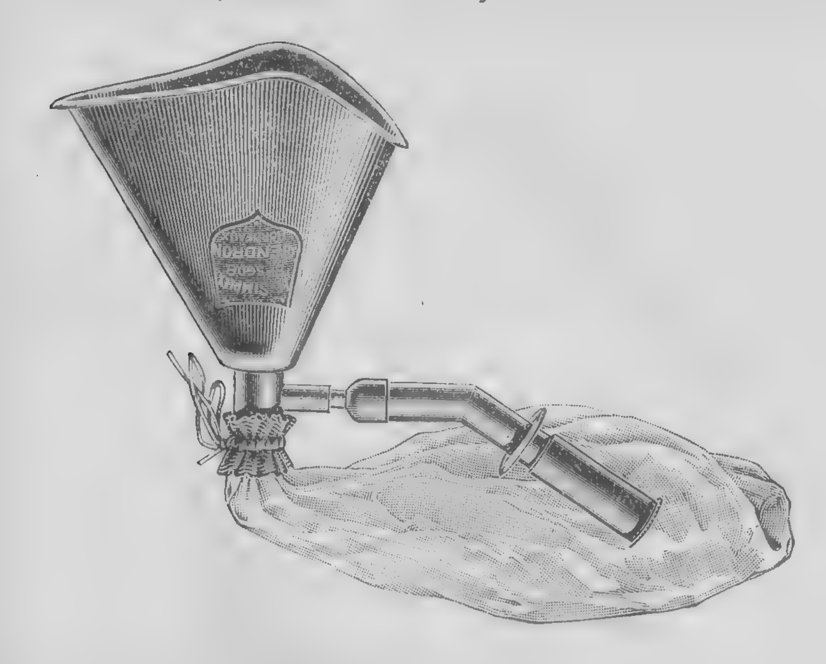
Il se compose de quatre pièces : le cornet ou masque, le distributeur, le brise-ampoule, la vessie.

Le distributeur, sur lequel vient se monter le brise-ampoule, sert de trait d'union entre le cornet et la vessie (fig. 1). Entièrement métallique, c'est un instrument d'une grande facilité d'entretien et dont la parfaite asepsie peut être obtenue par l'ébullition, l'autoclave, l'étuve sèche, l'immersion prolongée dans les antiseptiques.

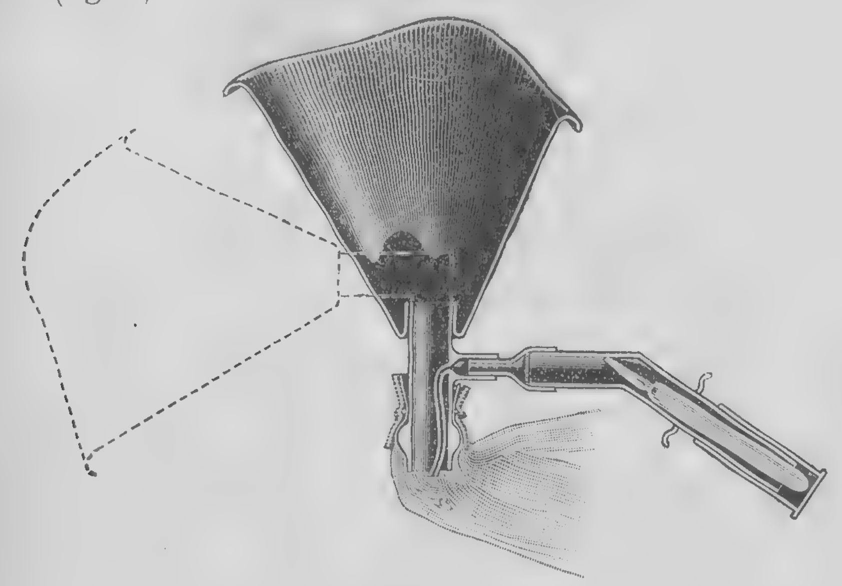
Parmi les particularités qui lui sont propres, nous vous signalerons les suivantes :

Nous avons donné au *cornet ou masque* une forme telle, que son contour répond exactement au relief de la face lorsque le patient a la bouche maintenue ouverte par un bâillon ou un ouvre-bouche, de telle sorte que, sans l'interposition d'un bourrelet pneumatique, on obtient une fermeture hermétique. Cependant dans le but de rendre utilisable ce cornet pour les figures d'enfants et pour les anesthésies

à bouche fermée, nous lui avons ajouté une bande en caout-



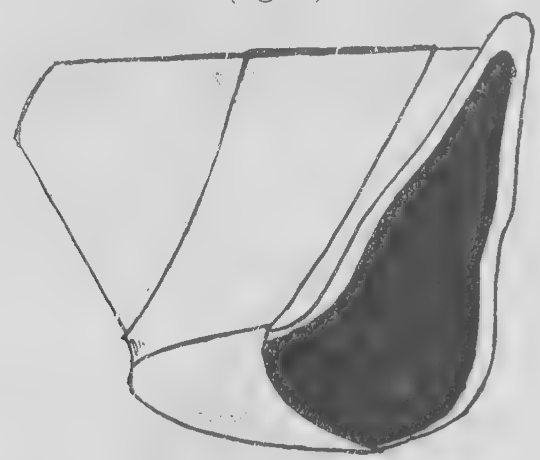
chouc qui permet d'en limiter l'ouverture au gré de l'opérateur (fig. 8).



Le *distributeur* a été disposé pour projeter dans une direction opposée à celle de la figure du sujet le liquide anesthésique libéré de son ampoule et pour supprimer les dia

phragmes, augets, coussinets de gaze employés dans les autres appareils pour éviter la projection de ces liquides sur le patient.

Le *brise-ampoule*, que son indépendance permet d'employer dans la position la plus favorable à l'opérateur, a été simplifié autant que possible. C'est un tube coudé, ouvert à ses deux extrémités, dont l'une porte une pièce destinée à s'ajuster sur la douille spéciale du distributeur, et dont l'autre reçoit un capuchon métallique qui glisse à frottement juste, et sert à la fois de percuteur pour briser l'ampoule et de fermeture (fig. 1).



L'ampoule étant introduite dans le tube par son extrémité effilée, le capuchon mis en place, on obtient le bris de celle-ci en enfonçant le capuchon qui, poussant avec lui l'ampoule de verre, la met en porte à faux et en assure ainsi infailliblement la rupture.

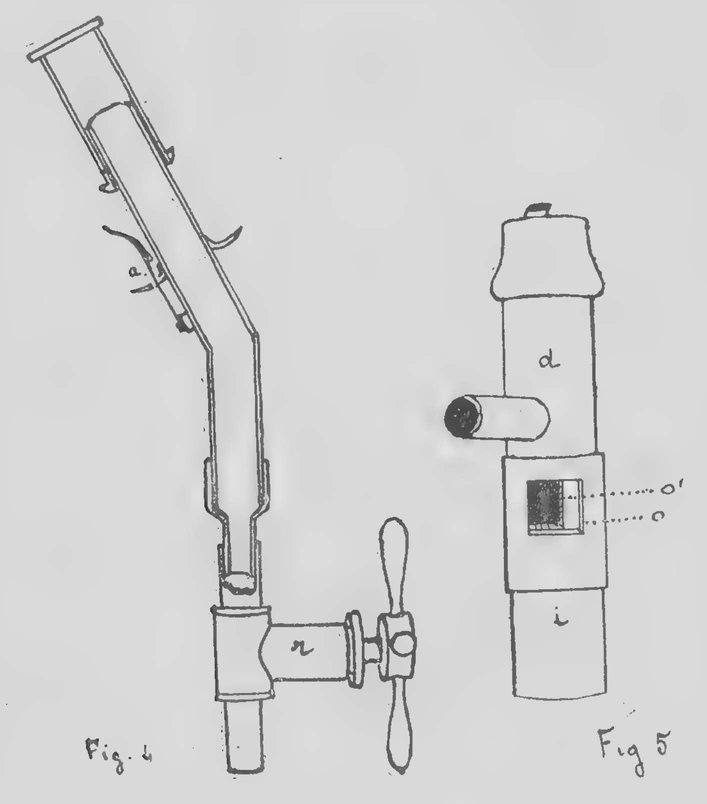
La bonne administration des anesthésiques éthyliques, exigeant, à notre avis, leur volatilisation en bloc, il est nécessaire que le brise-ampoule se trouve dans une position verticale, l'extrémité effilée de l'ampoule dirigée vers le bas. Dans ce but nous avons fait une pièce spéciale qui s'interpose entre le cornet et le distributeur, faisant faire à ce dernier un angle droit avec l'axe du masque. Dans cette situation, le brise-ampoule se trouve placé verticalement de haut en bas, position nécessaire, lorsque l'intervention

exige pour le sujet le décubitus dorsal ou latéral (fig. 1).

Tel est dans ses organes essentiels et indispensables, l'appareil que nous avons appelé *le simplex*.

Cependant, pour répondre aux desiderata de quelques opérateurs, nous y avons ajouté divers accessoires.

Pour le *fractionnement des doses* (fig. 4) nous avons assuré l'herméticité du brise-ampoule, d'une part, à l'aide



d'un cliquet à ressort (*a*), qui fixe automatiquement le capuchon après la rupture de l'ampoule, d'autre part, grâce à l'adjonction d'un robinet (*r*) qu'on place à volonté entre le brise-ampoule et la douille du distributeur. Aussi quand le capuchon est poussé à bloc, et le robinet fermé, le brise-ampoule se trouve transformé en un vase clos renfermant l'anesthésique. Rien de plus aisé, dès lors, que d'utiliser par fractions successives son contenu à l'aide du robinet.

Pour le *mélange d'air* (fig. 5), un autre dispositif permettra de faire passer le sujet à anesthésier de la respira-

tion dans l'air pur à la respiration progressivement chargée de vapeurs anesthésiques. Pour cela, une ouverture *o* a été pratiquée dans la partie du distributeur correspondant au masque, et sur une tubulure intermédiaire (*i*) qui sert de jonction entre le masque et le distributeur (*d*). Suivant que l'on fera coïncider les orifices o o′, ou qu'on les obturera par un mouvement de rotation des deux tubes l'un sur l'autre, on introduira dans le masque en même temps que les vapeurs anesthésiques une quantité plus ou moins considérable d'air, destiné au début à atténuer la brusquerie de leur effet.

Dispositif pour l'administration du chloroforme.

L'emploi du somnoforme au début de l'anesthésie générale de longue durée, présentant de réels avantages, nous avons étendu le rôle du *simplex* en le complétant par l'adjonction d'un dispositif simple, solide et propre, qui permet l'administration des vapeurs titrées de chloroforme.

Pour transformer le simplex en un *appareil à chloroformisation*, il suffit d'enlever le distributeur et de lui substituer sur le masque un réservoir (fig. 6) muni d'une tubulure *t t*, et recouvert d'un ajustage *c c′c* qui forme un couvercle non hermétique. En soulevant ce couvercle, il est aisé de verser une quantité de chloroforme au contact de laquelle l'air qui passe par les bords non hermétiques du couvercle se sature d'anesthésique avant d'être entraîné par la tubulure *t t* vers le masque. Chaque fois que le sujet fait une inspiration, l'air qu'il respire passe par la tubulure *t t*, par la soupape d'entrée *s e*, et après avoir séjourné dans les poumons, revient dans le masque d'où il s'échappe par la soupape *s s*, la première au contraire se fermant à l'expiration.

Comme il importe dans l'anesthésie chloroformique de doser d'une façon continue et prolongée la quantité d'anesthésique suffisante pour produire et continuer la narcose, que ce dosage s'obtient en constituant un mélange en proportions variables d'air pur et de vapeurs anesthésiques,

nous avons, à cet effet, muni ce réservoir d'un régulateur qui opère ce mélange.

Ce régulateur est le suivant. Le tube *t t* qui conduit les vapeurs chloroformées dans le masque s'élève au-dessus du

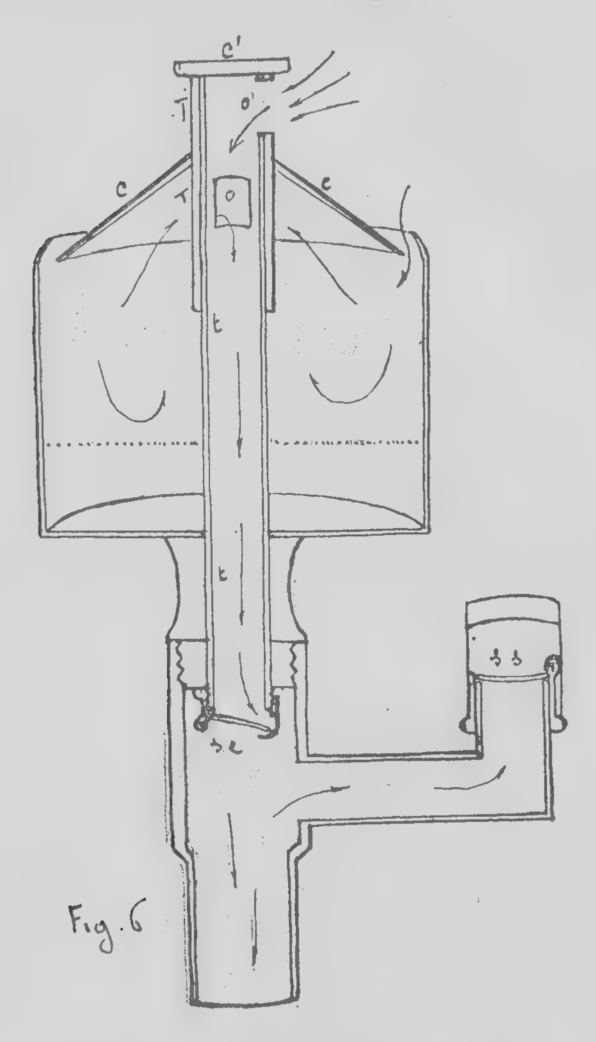
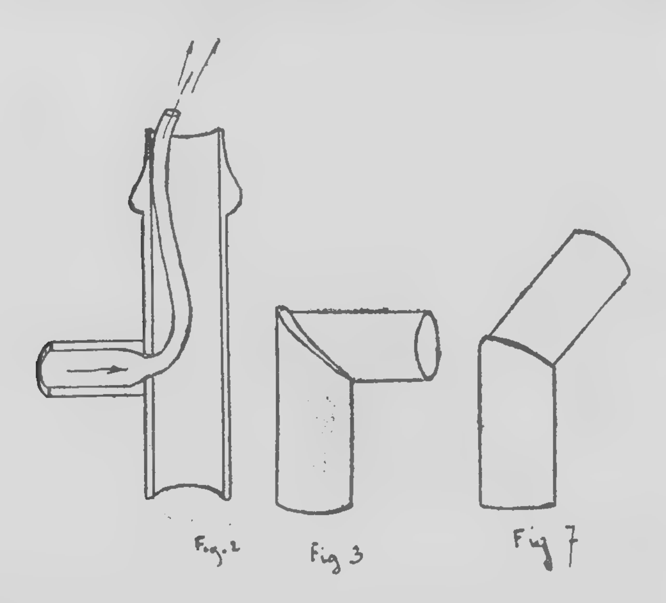


Fig. 6

niveau atteint par le chloroforme dans le réservoir, et dépasse les bords de ce dernier. Il est fermé à son extrémité libre *c'*, mais porte deux orifices pratiqués en des points différents de sa circonférence et superposés *o o'*. Le couvercle fait en forme de cône, dont les bords restent distants de la paroi du réservoir, est traversé en son centre par une tubulure *T* saillante, en dessus et en dessous. La partie supérieure de

cette tubulure est fermée *c'*. Elle porte deux orifices semblables à ceux qui sont sur le tube *t t* et situés comme eux en deux points différents de la circonférence. L'un est au-dessus du couvercle, l'autre est au-dessous. Les orifices de la tubulure du couvercle peuvent coïncider deux à deux avec ceux du tube du réservoir.

Quand le couvercle est en place, la tubulure de celui-ci coiffe à frottement doux le tube *t t*, et leurs orifices respectifs *o o'* peuvent correspondre deux à deux, les uns au-dessous



pour donner passage aux vapeurs anesthésiques, les autres au-dessus pour laisser passer exclusivement de l'air pur. La position occupée par les orifices à la surface des tubes est telle que, si l'on fait coïncider les orifices inférieurs, il y a fermeture des orifices supérieurs et fermeture des orifices inférieurs quand on fait coïncider les orifices supérieurs ; en outre, il y a ouverture inversement proportionnelle des uns et des autres dans toutes les positions intermédiaires données par la rotation concentrique des deux tubulures l'une sur l'autre.

Ainsi donc :

L'ouverture totale des orifices supérieurs donne : *air pur*.

La fermeture totale des orifices supérieurs donne : *air saturé.*

Une position quelconque : *mélange inversement proportionnel d'air pur et d'air saturé.*

Les pièces intermédiaires (fig. 3 et 7) permettent l'emploi de l'appareil, dans toutes les positions, décubitus latéral et position de Trendelembourg.

Nous avons expérimenté cet appareil deux cent sept fois dans les services hospitaliers de MM. les professeurs Lannelongue et Bourcier, de MM. les professeurs agrégés Villar, Begouin, Chavannaz. Nous avons toujours été très satisfait de son emploi, qui nous a permis de supprimer presque complètement la période d'excitation, de diminuer la consommation de chloroforme et la fréquence des vomissements post-opératoires.

Pour l'ensemble de ces opérations qui ont eu une durée moyenne de quarante et une minutes chacune, il a été consommé 17,70 centicubes de chloroforme par opération, soit un peu moins d'un demi-centimètre cube à la minute.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Contre-placage des dents. — On obtient un contre-placage très satisfaisant en employant du platine à 1/1000, doublé et bruni sur la face postérieure de la dent. Il s'adapte aisément, on s'expose moins à brûler la contre-plaque en soudant, et la couleur se reflète au travers de la dent. (*Dent. Rev.*)

Enlèvement d'un inlay sans arrière de la cavité. — En employant la porcelaine dentaire opaque de Roach dans une dent postérieure, on amoindrit la difficulté d'enlèvement de l'inlay de la cavité en engageant dans le centre de l'inlay un petit morceau de fil de platine. L'inlay une fois revêtu de ciment, on coupe le fil avec un instrument d'acier tranchant. (*Dent. Rev.*)

Emploi du skiagraphe pour les couronnes à pivot. — Le forage des racines pour la pose des couronnes à pivot est une opération délicate. Quand cela est possible, forer le canal seulement à une certaine profondeur, introduire un pivot, l'on skiagraphe et l'on se rend compte ainsi si l'on fore dans la bonne ou la mauvaise direction ou si l'on est près de l'apex. Quand on ignore si la racine est assez forte pour supporter une couronne, skiagrapher et baser sa conclusion sur le résultat. (*Dent. Rev.*)

Notes sur la soudure d'or. — 1° Actuellement, quand on met une pièce dans le revêtement pour la souder, on mesure soigneusement une partie de plâtre de Paris et deux de sable frais et le résultat justifie le soin pris. Pour mettre une contre-plaque on couvre toujours la totalité de la dent et l'on emploie le même métal dont la plaque est faite (Ash n° 6), à moins que ce ne soit une dent très blanche pour une plaque d'or ; dans ce cas il vaut mieux employer le palladium ou l'alliage dentaire. Avoir grand soin en ajustant la contre-plaque à la dent ; les crampons doivent entrer facilement dans les trous. Les crampons S. S. White sont légèrement plus épais que ceux des dents d'Ash, qui ne sont pas aussi plats qu'autrefois et nécessitent par conséquent un peu plus d'ajustage.

Comme fondant nous employons de la poudre de borax mélangée

avec de la paraffine ; en la conservant dans un vase fermé, elle est toujours prête à être employée et l'on ne perd pas de temps ainsi à la pulvériser sur une ardoise chaque fois qu'il en faut. Pour souder il faut conserver chaude toute la pièce et éviter autant que possible de souffler directement sur les dents.

Il vaut mieux laisser la pièce se refroidir graduellement, mais, quand une dent se fend, cela arrive avant que la soudure soit finie ;

2° Pour réussir une soudure d'or, une propreté absolue est essentielle. L'inattention à cet égard compromet les résultats. Cet avis est presque superflu pour un bon mécanicien, mais il en est beaucoup qui ne sont pas aussi soigneux qu'ils le devraient. Ensuite une union parfaite des deux faces à réunir est nécessaire. Eviter les espaces larges entre les dents et la plaque-base, car ces espaces ne peuvent jamais être comblés par la soudure, et l'obturation avec de petits morceaux de métal n'est pas satisfaisante. La plaque ne doit pas déborder en dehors de la dent.

On passe alors à l'application du fondant, le borax. Ce point ne saurait recevoir trop d'attention, si l'on veut obtenir un beau travail, autrement la soudure coule où il ne faut pas et rien ne l'empêchera d'arriver sur la plaque. Le fondant doit être appliqué soigneusement autour de la ligne de jointure avec une fine brosse en poils de chameau. Employer aussi peu de soudure qu'il en faut pour que ce soit solide.

Chauffer la pièce graduellement, surtout quand on fixe des dents à une plaque, sinon quelques-unes des dents se fendraient.

Pour la mise en revêtement, d'aucuns emploient du sable et du plâtre de Paris ; c'est là un procédé dangereux, car il y a de petites particules de plomb et de zinc dans le sable, qui fondent sur la plaque d'or et forment un alliage quand la pièce est soudée. Du sable d'argent propre conservé spécialement dans ce but est la meilleure matière à employer en la mélangeant avec du plâtre de Paris pour la préparation d'un bloc à souder. (*Quarterly Circular.*)

Nitrate d'argent et obturations au ciment. — Une obturation au ciment à l'oxyphosphate de zinc placée sur une surface traitée par le nitrate d'argent dure plus longtemps et est meilleure que si ce traitement n'a pas lieu. Une surface de dentine infectée à une légère profondeur et ainsi traitée devient avec le temps une surface polie et la carie ne récidive plus. Si dans une cavité profonde on peut appliquer le nitrate d'argent, c'est une bonne chose. (*Dent. Digest.*)

Cire pour sculpter couronne et travail à pont. — Prendre une feuille de gutta rose, une feuille de paraffine et une plaque de cire. Faire fondre celle-ci à la chaleur sèche et verser dans la gutta ; après mélange, verser et laisser refroidir. Il vaut mieux modeler le composé dans la couronne, le bridge et l'inlay d'or, car cela se sculpte aisément sans s'érailler. (*Dent. Digest.*)

Stérilisation des instruments tranchants. — Dissoudre 5 parties de phénol camphré dans 95 o/o d'alcool. Plonger les instruments tran-

chants dans cette solution et le tranchant n'est pas émoussé. *(Dent. Digest.)*

Préparation d'une molaire pour une couronne. — En préparant une molaire pour une couronne, s'il n'y a pas eu de carie à la face mésiale ou à la face distale, l'opération est considérablement simplifiée en coupant ces faces avec une fraise et en faisant des cavités. Cela enlève une portion de l'émail et permet d'obturer aisément la cavité avec de l'amalgame, en faisant une base très forte pour la couronne. *(Dent. Rev.)*.

Arrières des dents. — Pour faire des arrières sans provoquer de tension sur les pivots et réduire au minimum le danger d'endommager la face, limer une entaille dans chaque pivot tout près de l'arrière du côté opposé à celui où l'on veut le courber. Cette entaille doit être assez profonde pour que le pivot se courbe aisément. *(Dent: Review.)*

Dents en rotation. — Dans les dents en rotation il vaut mieux laisser l'appareil employé en position au moins pendant 3 semaines; puis maintenir en position normale. Il n'y a pas de meilleur moyen de rétention que des rubans de chaque côté de la dent en rotation, soudés tous les trois ensemble. *(Amer. Journ.)*

Tubes éjecteurs de salive. — On obtient un excellent résultat en tenant bien propres les tubes de verre servant à l'éjection de la salive : pour cela on les fait tremper dans une solution faible d'acide sulfurique. *(The Dentist's Magazine.)*

Protection des inlays contre l'humidité. — Couvrir l'inlay avec le ciment en excès et presser solidement un morceau de feuille d'étain mince sur le tout; cette adhérence se maintient pendant des heures et l'humidité ne peut y pénétrer. *(Dent. Review.)*

Réparation ou adjonction de dents à une pièce de vulcanite. — Au lieu de verser de la cire sur le modèle, placer du caoutchouc dessus avec une spatule chaude ; ce caoutchouc peut pénétrer entièrement dans le plâtre quand on met en moufle et qu'on met aussitôt dans le vulcanisateur. *(Elliot's Quart.)*

Obturation des dents d'enfants. — Pour les dents des enfants, employer de l'or n° 10 et de l'étain n° 10, par parties égales, pliés et coupés en bandes. Aucun amalgame et aucune matière obturatrice ne se manient aussi aisément et ne conservent aussi bien la dent. (*Dent. Rev.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 2 juillet 1907.

La séance est ouverte à 9 h. 20, par M. Touvet-Fanton, président.

M. le président. — L'ordre du jour appelle la lecture de la correspondance.

Nous avons une lettre de M. Jeay qui s'excuse de ne pouvoir venir ce soir, obligé d'assister son beau-frère malade.

J'ai d'autre part reçu une lettre de M. Georges Lemerle qui me dit en substance que, devant la manifestation unanime de la Société d'Odontologie, il aurait mauvaise grâce à ne pas reprendre ses fonctions. Je l'en félicite bien sincèrement.

J'ai reçu également une correspondance concernant la démission de membres de la commission des dents minérales. Cette commission ayant d'ailleurs cessé son rôle d'initiative et devant entrer dans une nouvelle phase d'existence, un mot d'explication est utile pour remettre tout au point.

Vous savez que nous avions nommé une commission à l'effet d'examiner les moyens pratiques de remédier à l'insuffisance des dents minérales. Cette commission a jugé tout d'abord utile de s'adjoindre tous les groupements dentaires possibles pour tâcher d'avoir une force plus considérable, ce qui fut fait. Elle s'est donc trouvée, dans cette occasion, une commission d'initiative. Après la réunion des présidents de tous les principaux groupements dentaires qui a eu lieu, cette commission a donc à l'heure actuelle terminé sa mission. Je vais donner maintenant la parole à son président, M. Frey, qui va vous fournir quelques mots d'explications sur la suite que comporte cette question.

M. Frey. — Notre président vous a dit en quelques mots de quoi il s'agissait.

Il y a quelques mois vous avez nommé une commission d'études de cinq membres pour examiner la question de l'insuffisance des dents minérales, qui nous touche tous, à quelque groupement professionnel que nous appartenions.

Cette commission au cours de ses travaux a constaté la nécessité de s'adjoindre des représentants de tous les autres groupements de

la profession et alors elle vous a demandé de convertir son rôle de commission d'études en celui de commission d'initiative, ce que vous avez voté dans une précédente séance.

Il y a eu une réunion des présidents de tous ces groupements chez le Dr Galippe et un certain programme d'études a été adopté. Par conséquent la commission d'initiative nommée par vous cesse d'exister à partir d'aujourd'hui et nous venons vous demander ce soir à vous Société d'Odontologie de nommer trois membres pour faire partie de cette commission d'études. La Société d'Odontologie voudra bien prendre l'initiative d'en faire nommer trois autres par le Conseil de direction de l'Ecole dentaire, c'est-à-dire par la Société de l'Ecole, et trois autres par l'Association générale des dentistes de France. De la sorte, neuf délégués représenteront notre groupement dans la commission d'études.

M. le président. — Je mets aux voix la nomination comme délégués de la Société d'Odontologie de MM. Platschick, Frey et Touvet-Fanton.

La proposition est adoptée.

M. Godon. — En fait de correspondance, j'ai une lettre à communiquer à la Société d'Odontologie,au nom du président de la F. D. N., M. Francis Jean, à qui elle a été adressée par le Dr Beadles.

Vous avez vu d'après *L'Odontologie* et les différents journaux professionnels qu'il y aura une exposition et un grand Congrès dentaire aux Etats-Unis du 10 au 12 septembre à l'occasion de la Jamestown Dental Exhibition. Ce Congrès a envoyé en Europe un délégué. Ce délégué, qui est le docteur Beadles, a écrit au président de la F. D. N., en le priant d'inviter les membres des diverses sociétés françaises et particulièrement la Société d'Odontologie, à assister à ce Congrès qui aura lieu en Amérique. Je vous transmets donc cette invitation.

Monsieur le président, je tiens à vous signaler que M. Etchepareborda se propose d'assister à ce Congrès. Je crois qu'il pourrait s'y présenter en qualité de délégué de notre Société dont il fait partie. Je vous prierais de mettre aux voix cette proposition.

M. le président. — Sur la proposition de M. Godon je mets aux voix la nomination, comme délégué de la Société d'Odontologie au Congrès de Jamestown, de M. le Dr Etchepareborda.

La proposition est adoptée.

Notre ordre du jour appelle maintenant la lecture du compte rendu du Congrès de Cardiff par M. Platschick.

Cependant comme nous avons une présentation de malade à l'ordre du jour et qu'il est d'usage ici que les présentations de ce genre aient lieu tout de suite, je vous demande pour ne pas s'écarter de cette règle de donner la parole à M. Delair qui doit vous présenter un mutilé.

I. — Un cas de prothèse restauratrice bucco-faciale, par M. Delair.

M. Delair donne lecture de cette communication, qui sera publiée ultérieurement.

M. Martinier. — Tout d'abord j'appelle votre attention sur le moulage qui nous a été présenté par M. Delair.

Je crois que tous ceux qui ont été appelés à voir des moulages seront émerveillés par la maestria avec laquelle M. Delair a exécuté celui-ci, qui est d'un détail parfait. Tous les détails en sont effectivement respectés et c'est véritablement ce qu'on peut faire de mieux dans ce genre.

Non seulement je félicite M. Delair pour ce moulage, mais je dois vous signaler qu'il a l'aimable obligeance de faire, pour ma clinique d'orthodontie, des moulages de la face qui donnent aux travaux qu'on entreprend une valeur plus grande, car ils permettent de voir quelles sont les modifications faciales qu'on peut obtenir grâce à l'intervention du dentiste. Pour le cas de ce soir, vous avez vu quel immense avantage on peut retirer des moulages, car si nous n'avions pas eu l'occasion de voir le mutilé lui-même, nous aurions pu nous faire une idée très nette des résultats surprenants obtenus par M. Delair.

Par l'examen du malade, nous avons pu constater qu'il présente une déviation du côté droit du maxillaire supérieur que n'a pas signalée M. Delair. Je crois qu'il y a eu une fracture qui s'est consolidée d'une façon vicieuse.

Les dents situées sur le fragment du maxillaire supérieur droit ne sont pas placées dans leur direction normale : elles se présentent de front, leurs faces triturantes dirigées vers l'orifice buccal, ce qui prouve qu'il y a là une fracture consolidée vicieusement.

En ce qui concerne les chambres de résonance, M. Delair sait qu'on a cherché depuis longtemps à obtenir une résonance plus grande, soit dans le cas des appareils du genre de celui qu'il vient de nous présenter, soit dans les cas de restauration vélo-palatine. Il sait aussi qu'on a employé dans le temps un appareil dit à tambour qui comprenait une caisse métallique dite de résonance, qui était chargée d'assurer une intensité de sons plus grande.

Avec son appareil, M. Delair cherche par une voûte caverneuse à obtenir une capacité buccale aussi grande qu'il est possible et à augmenter par conséquent la résonance. Mais tout à l'heure il nous disait que d'une façon générale les voûtes ogivales donnaient une résonance plus grande que les voûtes normales. Je dois dire que je ne l'ai jamais observé. J'ai observé chez des chanteurs, par

exemple, des palais normaux très développés, mais généralement ce ne sont pas des palais ogivaux. Je crois que c'est la capacité buccale seule, grâce à laquelle on obtient une plus forte résonance et cela nous ramènerait ainsi dans les vues de M. Delair, puisqu'il dit que la capacité de la voûte palatine peut permettre une résonance plus grande.

Enfin je dois dire que M. Delair exécute, comme toujours, ses travaux avec un dévouement et un zèle dont il faut le louer.

Vous avez constaté combien la vue de ce mutilé est pénible, vous avez pu vous rendre compte que ce sont là des restaurations tout à fait audacieuses que celles qu'entreprend M. Delair, et que ce sont des travaux d'une exceptionnelle minutie. Chaque fois qu'il sera appelé à intervenir dans cet ordre d'idées, il sera fatalement appelé à construire plusieurs appareils avant d'obtenir les résultats remarquables à tous les points de vue qu'il nous montre.

Pour entreprendre des travaux de ce genre, il ne faut regarder ni à son temps, ni à son argent, car ces appareils sont d'un coût très élevé et je crois que c'est M. Delair qui les paie. Il est également bon de remarquer que ceux d'entre nous qui se livrent à ces genres de travaux sont tout à fait méritants, parce qu'ils nous montrent quels résultats le dentiste peut atteindre quand il se spécialise dans une des branches de notre art. Ils nous font voir surtout qu'il faut aimer sa profession pour pouvoir y sacrifier un temps considérable, vaincre des difficultés presque insurmontables et dépenser des sommes qui peuvent être extrêmement élevées pour des appareils de ce genre.

Par conséquent je crois être l'interprète de la Société d'Odontologie ce soir — sans vouloir remplacer son président — en ma qualité de prothésiste auquel on veut bien faire appel quelquefois, en admirant les appareils que nous présente M. Delair et en le lui exprimant publiquement. Je suis heureux de constater qu'il y a parmi les membres de la Société d'Odontologie, parmi les professeurs de cette Ecole, parmi nos confrères odontologistes, un homme qui continue sa voie, qui ne se laisse détourner par aucune difficulté et nous fait voir d'année en année, de congrès en congrès, des appareils toujours plus ingénieux les uns que les autres. (*Applaudissements.*)

M. le président. — Comme nous l'a promis M. Delair, nous espérons revoir son malade au Congrès de Reims avec ses appareils définitifs.

Je ne puis véritablement pas trouver d'expressions assez élogieuses pour le remercier mieux que ne l'a fait tout à l'heure par ses applaudissements la Société d'Odontologie.

L'ordre du jour appelle maintenant le compte rendu du Congrès de Cardiff, par M. Platschick.

II. — Rapport sur le Congrès de Cardiff, par M. Platschick.

M. Platschick. — Je suis bien désolé d'arriver avec la lecture de ce long rapport, certainement aride et peu intéressant, après une communication aussi importante que celle que vient de faire M. Delair, communication qui à elle seule aurait constitué, je crois, la valeur de tout un congrès.

Nous rencontrons difficilement à l'étranger des communications aussi intéressantes que celle-là. Je n'en ai certainement pas vu une semblable, et à beaucoup près, à Cardiff. Aussi je n'ai qu'un regret à exprimer, c'est que M. Delair n'aille pas de temps en temps à l'étranger pour y tenir haut le drapeau des prothésistes français.

J'espère cependant, puisqu'il doit aller à Reims, que de nombreux collègues étrangers se trouveront présents et pourront ainsi aller rendre compte dans leurs pays respectifs de la valeur des confrères français que M. Delair représente avec tant d'autorité.

(M. Platschick donne ensuite lecture de son rapport.)

M. le président. — Quelqu'un a-t-il des explications à demander à M. Platschick au sujet de son compte rendu ?

M. Blatter. — M. Platschick n'a-t-il pas fait des démonstrations à ce Congrès ?

M. Platschick. — Pardon, j'en ai fait mention, j'en ai dit un mot, mais sans insister, naturellement.

M. le président. — Je me proposais précisément de relever la chose, M. Blatter l'a fait fort à propos.

Vous avez assisté, le mois dernier, à la communication et présentation très intéressante de M. Platschick.

Il nous a monté un four électrique très ingénieux et pratique, je ne veux pas revenir à nouveau là-dessus.

Il est très certain que tous ceux de nos confrères qui ne sont pas venus à cette séance le regretteront.

M. Roy. — Je crois qu'il convient que nous félicitions tous M. Platschick de son très intéressant rapport. D'ailleurs notre président s'est acquitté de ce rôle.

Pour ma part, j'ai été très heureux d'entendre ce rapport si complet. Par le soin que son auteur a pris de nous rapporter un certain nombre de modèles des présentations qui ont été faites, cela donne une valeur plus grande encore à son rapport si consciencieux. Dans l'exposé que vient de nous faire M. Platschick il y a lieu de relever un point très intéressant. Il faut remarquer dans la réunion de la B. D. A. la place très importante que les Anglais donnent à l'hygiène dans leurs Congrès. Ils ne se lassent pas, ils reviennent sur cette question avec une patience infatigable et en cela ils ont grandement raison.

Nous délaissons trop cette question, non pas que nous en méconnaissions l'importance, mais nous n'y revenons pas d'une façon suffisamment continue. Il faudrait que tous les ans, dans nos Sociétés, un vœu soit émis sur l'hygiène dentaire, et que ce vœu soit porté aux pouvoirs publics par le bureau de notre Société. Il est bien certain que pendant de longues années on n'en tiendrait pas compte, mais il est non moins certain qu'à force de frapper sur le même clou nous finirions bien par l'enfoncer et à obtenir un résultat.

Un des vœux qui offrirait le plus d'intérêt ce serait celui concernant l'hygiène dans les écoles, car c'est le point principal sur lequel nous devrions surtout faire porter notre effort ; si nous arrivons à instituer l'hygiène dentaire dans les écoles, ce sera le meilleur point de départ que nous puissions trouver.

M. le président. — La proposition de M. Roy est très juste. La Société d'Odontologie pourrait s'occuper de cette question.

M. Roy. — Si vous le vouliez, je pourrais faire un petit rapport, très court, et rédiger un vœu sur l'hygiène, à présenter aux pouvoirs publics. C'est une chose sur laquelle je me proposais d'attirer l'attention de la Société d'Odontologie depuis fort longtemps.

(Marques générales d'assentiment.)

M. le président. — Vous venez de voir qu'il n'est pas toujours nécessaire de faire une présentation comme celle de M. Delair pour retenir l'intérêt de la Société d'Odontologie. Vous voyez par cela que M. Platschick, malgré la crainte qu'il avait exprimée tout à l'heure, a rendu très intéressante la lecture de son rapport.

Je remercie M. Platschick de la façon très complète dont il nous a rendu compte du congrès de Cardiff et je suis l'interprète de la Société d'Odontologie tout entière en lui adressant nos plus vifs remerciements. *(Applaudissements.)*

L'ordre du jour appelle maintenant : Quelques considérations sur la prise des empreintes, par M. Roy.

III. — Considérations sur la prise des empreintes, par M. Roy.

M. Roy donne lecture de cette communication dont la publication aura lieu ultérieurement.

M. le président. — Nous remercions M. Roy d'avoir bien voulu nous faire part de ces petits procédés ingénieux et pratiques, tout à la fois.

L'ordre du jour appelle maintenant : Observations de corps étrangers alvéolaires, par M. Blatter.

IV. — Observations de corps étrangers alvéolaires, par M. Blatter.

M. Blatter donne lecture de cette communication, qui sera publiée ultérieurement.

M. le président. — Au nom de la Société d'Odontologie je remercie M. Blatter de sa très intéressante observation.

Le président donne ensuite lecture d'une lettre de M. Devèse, député, demandant à la Société d'Odontologie des renseignements sur le caoutchouc coloré au vermillon et sur les accidents qui peuvent être occasionnés par la toxicité de ce produit dans son emploi en prothèse dentaire. Ces renseignements sont destinés à éclairer la commission législative chargée d'élaborer un projet de loi pour la prohibition des substances toxiques employées dans l'industrie.

Une discussion est ouverte à laquelle prennent part MM. Roy, Godon, Platschick. Le président propose de nommer une commission composée du bureau de la Société d'Odontologie et de MM. Roy et Platschick, et de charger cette commission de faire un rapport sur la question.

Cette proposition mise aux voix est adoptée.

V

Le président. — L'ordre du jour appelle maintenant les quelques petites présentations que je vais vous faire très rapidement.

Je vais prier M. Blatter, vice-président, de bien vouloir présider à ma place.

M. Blatter occupe le fauteuil présidentiel.

I. — *Déformation acquise du maxillaire supérieur.* — M. Touvet-Fanton présente trois paires de moulages (avant, pendant et après l'intervention) de la bouche d'une femme de 60 ans environ dont l'articulation présentait une occlusion anatomique presque bout à bout et qui, par coquetterie, pensant faire descendre, pour les rendre plus apparentes, les dents antérieures de l'appareil à succion dont elle était munie, eut l'idée assez commune, mais poussée cette fois à l'extrême, de placer chaque jour pendant un an environ sous son appareil un épais tampon d'ouate imbibé d'eau de cologne, ne faisant d'ailleurs en cela qu'augmenter la hauteur de son articulation déjà considérable.

Cette involontaire intervention d'orthodontie (compression doublée d'un pansement humide) eut pour effet d'amener un retrait énorme du bord alvéolaire et d'une partie de la voûte palatine (un à deux centimètres), pendant que le séjour prolongé du pansement humide rendait les tissus fibro-muqueux complètement flasques.

Mettant à profit la loi orthopédique de la tendance qu'ont les tissus à revenir vers leur état primitif quand on cesse d'agir sur eux, l'auteur obtint de sa malade qu'elle ne portât plus aucun appareil pendant plusieurs mois ; il prescrivit en outre des bains de bouche à base de tannin.

On voit sur le troisième moulage que les tissus ont alors regagné environ la moitié du terrain perdu et l'auteur prétend que le tissu osseux lui-même a dû regagner sur la dépression subie.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, l'auteur conclut que cette observation prouve une fois de plus la malléabilité des maxillaires susceptible d'être utilisée en orthodontie, malgré l'âge avancée des sujets.

II. — M. Touvet-Fanton présente différentes anomalies dentaires intéressantes, parmi lesquelles une incisive centrale supérieure droite (extraite d'office chez un sujet de 17 ans) dont la forme complètement en demi-cercle obligeait la couronne à venir dans son éruption percer la lèvre supérieure.

III. — M. Touvet-Fanton présente un cas de troisième dentition indiscutable (avec moulages à l'appui conservés à propos d'intervention prothétique). L'auteur s'étant trouvé jadis dans l'obligation d'extraire chez le sujet, alors enfant, les molaires inférieures gauches de 6 et de 12 ans, une troisième prémolaire parfaitement constituée a effectué depuis lors son éruption en bonne place dans l'arcade à la suite de la deuxième petite molaire à la place de la dent de six ans. (Moulage avant et après l'éruption.)

M. Blatter, président. — Vous avez vu la première présentation de M. Touvet-Fanton, sur ce qu'il appelle déformation acquise du maxillaire supérieur. Quelqu'un demande-t-il la parole sur cette présentation ?...

M. Martinier. — Le deuxième modèle nous montre l'empreinte après le port de l'appareil supportant le cataplasme. Le troisième modèle nous montre l'empreinte après avoir laissé la muqueuse libre et supprimé tout appareil.

Je crois pour ma part que ce cataplasme n'a produit que des modifications qui ne devaient atteindre que le tissu muqueux. Il y a bien régression du bord alvéolaire, mais cette résorption est physiologique et se serait produite sans l'application d'ouate.

Je crois que nous ne pouvons pas discerner sur les modèles présentés si ce sont des modifications qui atteignent le tissu mou ou le tissu osseux.

Comme déformation au point de vue des dentiers, j'ai examiné une personne qui portait depuis 20 ans le même appareil. L'appareil est entré dans le tissu osseux de 3 à 4 millimètres. Il avait modifié la forme du tissu osseux et du tissu mou, la modification portait naturellement surtout sur le tissu mou.

M. Touvet-Fanton. — Ma conviction est que le tissu alvéolaire a subi une déformation.

M. Martinier. — Modifications du tissu osseux au point de vue régression : oui ; au point de vue de sa déformation après la suppression de l'appareil modificateur : non.

M. Blatter, président. — J'adresse à M. Touvet-Fanton nos remerciements pour ses présentations.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION DES DENTISTES DE L'EST

L'assemblée générale de l'Association des dentistes de l'Est a eu lieu à Dijon.

Excusés : MM. Daul, Déroye, Frélezeau, Gill, Godon, Monnier.

Au dessert, courte allocution du président.

Approbation des comptes du trésorier : M. Bonnin.

Approbation du compte rendu du secrétaire : M. Aunal.

Des remerciements et félicitations sont votés à ces deux confrères.

Grâce aux démarches du bureau de l'Association, des conditions spéciales pour l'assurance des employés et domestiques ont été obtenues du Syndicat de garantie de l'entreprise et de l'industrie.

Après avoir adressé un dernier souvenir à leur camarade Liébaut, décédé récemment, les membres présents chargent le président de transmettre leurs sincères condoléances à M. Frélezeau qui vient d'avoir la douleur de perdre sa mère.

Il reçoit encore la mission de faire part à M. Godon, membre honoraire, de la déception causée par son absence et de l'espoir que rien n'entravera sa venue l'année prochaine. Des remerciements sont votés à M. Godon et au Comité de rédaction de *L'Odontologie* pour la bienveillance témoignée à la Société en insérant ses communications dans le journal. M. Bonnin est nommé président du Syndicat de l'Association des dentistes de l'Est en remplacement de M. Liébaut.

L'assemblée déplore que son ancien président, M. Gill, n'ait pu assister à la réunion et, à l'unanimité, le nomme président honoraire.

Il est décidé que la réunion d'automne aura lieu à Lons-le-Saulnier, le 29 septembre ou le 6 octobre.

BIBLIOGRAPHIE

Comptes rendus de la F. D. I. (Genève 1906).

Nous avons reçu les comptes rendus de la F. D. I., session de Genève, 8 et 9 août 1906, publiés par M. Paul Guye, secrétaire adjoint.

Ces comptes rendus, qui contiennent des documents en trois langues (anglais, allemand et français), forment un beau volume de 120 pages.

Ils débutent par la liste des membres de la F. D. I., puis viennent la séance d'ouverture et la séance de clôture, le discours et le rapport du président M. Miller, une proposition de M. J. Rojo, tendant à la publication en espagnol des documents soumis à la F. D. I.

L'ouvrage renferme ensuite un rapport à la Commission de l'histoire de la dentisterie par M. Mac Manus, un discours de M. A. W. Harlan, un rapport de M. V. Guérini à la Commission internationale d'enseignement *sur les raisons qui rendent indispensable l'autonomie de la profession dentaire,* un rapport de M. Klingelhöfer sur l'introduction de la dentisterie dans l'armée et la marine de chaque pays, un discours de M. Bryan, président de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, un rapport à cette Commission par M. Förberg, sur la Suède, un rapport à la même Commission sur les progrès de l'hygiène en Grande-Bretagne, par M. Turnbull.

L'ouvrage se termine par un rapport du professeur Jessen sur les cliniques dentaires urbaines.

Les travaux scientifiques du Prof. Miller.

Nous empruntons au *Dental Cosmos* la liste des travaux scientifiques du professeur Miller, liste qui est à peu près complète :

Phénomènes électriques dans la bouche (*Deut. mediz. Woch.*, 1881).
Phénomènes électriques dans la bouche humaine (*Indep. Pract.*, 1883).
Influence des microorganismes sur la carie des dents humaines (*Kleb's Arch. f. experim. Path. u. Pharmac.*, 1882).
Le leptothrix gigantea (*Berichte der botan. Gesell.*, 1883).
Carie des dents humaines (*Indep. Pract.*, 1883).
Carie dentaire (*Indep. Pract.*, 1883).
Dents préhistoriques (*Indep. Pract.*, 1883).
Rôle des acides dans la production de la carie (*Dent. Cosm.*, 1883).
La carie des dents (*Corr. Bl. f. Zahn.*, 1884).
Fermentation dans la bouche humaine (*Indep. Pract.*, 1884).

Etudes biologiques des fongosités de la bouche humaine (*Indep. Pract.*, 1884).

L'étain et l'or combinés comme matière obturatrice, considérés au point de vue électrique et au point de vue pratique (*Corr. Bl. f. Zahn.*, *Indep. Pract.*, 1884).

Réponse à la théorie de putréfaction de la carie (*Indep. Pract.*, 1884).

Processus de fermentation dans la bouche hnmaine (*Deut. med. Woch.*, 1884).

Nouvelle méthode d'obturation des dents de Herbst (*Indep. Pract.*, 1884).

Expériences pratiques sur l'emploi des ciments à l'oxyphosphate (*Indep. Pract.*, 1885).

Discussion de questions en carie dentaire (*Indep. Pract.*, 1885).

La connaissance des bactéries de la cavité buccale (*Deut. med. Woch.*, 1885).

Un bacille virgule dans la bouche humaine (*Indep. Pract.*, 1885).

Dissolvants de l'amalgame (*Indep. Pract.*, 1885).

Gastrotomie pour l'enlèvement d'un dentier artificiel (*Indep. Pract.*, 1885).

Nouveau bacille virgule (*Indep. Pract.*, 1885).

Utilité de certains antiseptiques dans le traitement prophylactique de la cavité buccale (*Indep. Pract.*, 1885 ; *Corresp. Bl. f. Zahn.*, 1885).

Prolifération de l'épithélium dans l'abcès alvéolaire (*Indep. Pract.*, 1885).

Emploi de la cocaïne (*Corresp. Bl. f. Zahn.*, 1885).

Méthode de Pasteur pour le traitement de la rage (*Deut. med. Woch.*, 1886).

Processus de fermentation dans le tube digestif (*Deut. med. Woch.*, *Indep. Pract* , 1886).

Champignons donnant naissance aux gaz, leur sort dans la bouche (*Deut. med. Woch.*, *Indep. Pract.*, 1886).

La densité des dents influencée par les aliments et par l'administration des sels de chaux (*Indep. Pract.*, 1886).

Dictionnaire de bactériologie (43 p., 1886).

Notes sur la carie des dents humaines (*Indep. Pract.*, 1886).

Essai du pouvoir des antiseptiques (*Indep. Pract.*, 1886).

Etat des connaissances en matière de maladies parasitaires de la bouche et des dents (*Cent. Bl. f. Bakteriologie u. Parasitenk.*, 1887).

Influence de l'alimentation sur les dents (*Deut. Mon. f. Zahn.*, 1887).

Rétablissement du contour des dents cariées au moyen de morceaux de porcelaine (*Oest.-Ung. Viert. f. Zahn.*, *Dental Rec.*, 1887).

Absorption de la dentine: ses relations avec le processus de réimplantation et avec la carie dentaire (*Indep. Pract.*, 1887).

Pulpes dentaires gangrenées servant de centres d'infection (*Dent. Cosm.*, 1888).

Combinaison d'étain et d'or comme matière obturatrice (*Dent. Rec.*, 1888).

La dentisterie en conférences (91 p., 1887).

Essai de composition d'un bain de bouche antiseptique (*Indep. Pract.*, 1888).
Bactéries chromogènes de la bouche humaine (*Indep. Pract.*, 1888).
Enseignement dentaire en Allemagne (*Indep. Pract.*, 1888).
Bactéries pathogènes de la bouche (*Indep. Pract.*, 1888).
Infection de la pulpe malade ou nécrosée par le torrent circulatoire (*Oest.-Ung. Viert.*, 1889).
Phénomènes pathologiqnes de l'ivoire (*Deut. Mon. f. Zahn.*, 1889).
Action antiseptique des matières obturatrices (*Dent. Cosm.*, 1889).
Action de l'eau oxygénée sur les dents (*Dent. Cosm.*, *Corresp. Bl. f. Zahn.*, 1890).
Expériences sur la valeur comparative de divers antiseptiques dans le traitement des dents (*Dent. Cosm.*, 1890).
Etudes sur l'anatomie et la pathologie des défenses d'éléphant (*Dent. Cosm.*, 1890).
Les microorganismes de la bouche (2e éd., 364 p., 1892).
Décomposition des contenus des canalicules dentinaires comme élément de trouble dans le traitement des dents sans pulpe (*Dent. Cosm.*, 1890).
Combinaison d'étain et d'or comme matière obturatrice (*Corr. Bl. f. Zahn.*, 1891).
La bactériologie, partie intégrante des études dentaires (*Dent. Cosm.*, 1891).
Au sujet des ciments à l'oxyphosphate (*Dent. Cosm.*, 1891).
Carie d'une dent réimplantée (*Dent. Cosm.*, *Oest.-Ung. Viert. f. Zahn*, 1891).
Rapidité comparative avec laquelle les divers antiseptiques pénètrent dans la dentine calcifiée (*Dent. Cosm.*, *Oest.-Ung. Viert. f. Zahn.*, 1891).
Désinfection des instruments dentaires et chirurgicaux (*Dent. Cosm.*, *Verhand. d. Odont. Gesell.*, 1891).
La bouche, foyer d'infection (*Cosm.*, 1891).
Les obturations combinées (*Cosm.*, 1892).
Examen microscopique de la carie d'une dent de singe (*Cosm.*, 1892).
Diverses méthodes d'éviter l'extraction des dents dévitalisées (*Cosm.*, 1893).
Carie des dents d'animaux (*Verhand. d. Odont. Gesell.*, 1893).
Asepsie et antisepsie dans la pratique (*Cosm.*, 1893).
Carie des dents chez un Africain (*Cosm.*, 1893).
L'iodoforme (*Cosm.*, 1893).
Recherches expérimentales sur l'amalgame de cuivre et les ciments à l'amalgame (*Corr. Bl. f. Zahn.*, 1894, en collabor. avec Jung).
Bactério-pathologie de la pulpe (*Corr. Bl. f. Zahn.*, 1894, en collabor. avec Jung).
Introduction à l'étude de la bactério-pathologie de la pulpe (*Cosm.*, *Verh. d. deut. Gesell.*, 1894).
Expériences sur la forme sans laquelle l'acide arsénieux peut être appliqué pour dévitaliser la pulpe (*Cosm.*, 1894).
Remarques sur la communication du Dr Röse (*Cosm.*, 1894).

Dépôts sur les dents, en particulier le dépôt vert et le dépôt métallique (*Cosm.*, *Corr. Bl. f. Zahn*, 1894).

Malléabilité de l'or cohésif et de l'or non cohésif sous la pression (*Ohio Dent. J.*, 1895).

Zone transparente dans la carie (*Trans. Odont. Soc. Great. Brit.*, 1896).

Traité de dentisterie opératoire (1896 ; 2e éd., 1898).

Carie d'une dent n'ayant pas fait éruption (*Cosm.*, *Deut. Mon. f. Zahn.*, 1898).

Effet de la chaleur sur la dentine (*Ohio Dent. J.*, 1899).

Cas très rares de coup de feu et de lance dans des défenses d'éléphant (*Cosm.*, 1899).

Obturation des dents avec la porcelaine (*Odont. Bl.*, 1899).

Structure de la molaire de l'éléphant indien (*Deut. Mon. f. Zahn.*, 1900).

Bactério-pathologie de la pulpe (*Odont. Bl.*, 1900).

Carie récurrente (secondaire) des dents, au point de vue de la théorie électrique (*Cosm.*, 1900).

Contributions récentes à l'étude de la carie (*Cosm.*, 1900).

Fungus pathogène trouvé dans la cavité buccale (*Cosm.*, *J. Brit. D. Ass.*, 1900).

Réparations de maxillaires et de dents et méthodes employées pour les faire (*Cosm.*, 1901).

Etude d'anomalies dentaires, en particulier de l'éburnite (*Cosm.*, 1901).

Processus pathologiques dans une dent n'ayant pas fait éruption (*Cosm.*, 1901).

Désinfection des instruments dentaires au moyen d'esprit de savon (*Cosm.*, 1901).

Présence de plaques de bactéries à la surface des dents et leur signification (*Cosm.*, 1902).

Nouvelles expériences sur l'immunité (*Cosm.*, 1903, *J. Brit. Dent. Ass.*, 1904).

Transparence de la dentine (*Cosm.*, 1903, *J. Brit. Dent. Ass.*, 1904).

Introduction à l'étude de l'immunité dans ses relations avec les maladies de la bouche et des dents (*Cosm.*, 1903, *J. Brit. Dent. As.*, 1903).

Etude de questions relatives à la pathologie des dents (*Cosm.*, 1904, 1905).

Désinfection des instruments dentaires par le formaldéhyde (*Cosm.*, 1904, 1905).

Notes sur l'érosion (*Cosm.*, 1904, 1905).

Absence des sels de calcium comme cause principale de la carie (*Cosm.*, 1905).

Traitement préventif des dents, en particulier avec le nitrate d'argent (*Cosm.*, 1905, *J. Brit. D. Ass.*, 1905).

Processus pathologique des dents extra-buccales (*Cosm.*, 1905).

Nouvelles théories sur la carie (*Cosm.*, 1905).

La symbiose, au point de vue des bactéries du canal alimentaire (*Cosm.*, 1906).

Expériences et observations sur la destruction du tissu dentaire qualifiée d'érosion, d'abrasion, d'abrasion chimique, dénudation (*Cosm.*, 1907).

Nouvelles recherches sur la destruction du tissu dentaire (*Cosm.*, 1907).

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

RÈGLEMENT GÉNÉRAL DU RECRUTEMENT DU CORPS ENSEIGNANT

Programme des concours.

Art. 1er. — Tous les postes du Corps enseignant, à l'Ecole dentaire de Paris, sauf ceux de démonstrateurs et de préparateurs de cours, sont obtenus au concours.

Il est fait exception également pour les cours concernant la médecine générale et les sciences annexes.

Les candidats aux postes de démonstrateurs sont tenus de faire un stage de trois mois au minimum comme aides de clinique ou aides-démonstrateurs, et d'assister aux réunions mensuelles d'enseignement pédagogique qui se tiennent à l'Ecole le dernier lundi de chaque mois.

Art. 2. — Les concours comprennent toujours une épreuve sur titres ; ils peuvent comprendre, selon le concours, une épreuve clinique, une épreuve pratique, une épreuve écrite et une leçon ou épreuve orale.

Art. 3. — La date des concours, ainsi que celles de l'ouverture et de la fermeture des registres d'inscription, arrêtées par le Conseil de direction, sont affichées et annoncées par la voie du journal *L'Odontologie*, un mois au moins avant le début de la première épreuve.

Art. 4. — Dans la première séance, le jury procède d'abord à l'examen des titres du candidat, ensuite il fixe la date des séances ultérieures pour les autres épreuves.

Epreuves sur titres.

Art. 5. — Les épreuves sur titres ne peuvent dépasser en aucun cas 30 points.

Elles comprennent :

A. *Titres universitaires.* — Dentiste de la Faculté de Paris (D. F. M. P.). Officier de santé. Docteur en médecine. Ex-interne. Dr étranger. Dr en pharmacie. Pharmacien de 1re classe. Pharmacien de 2e classe. Licencié ès sciences. Dr ès sciences.

B. *Titres dentaires.* — Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris (D. E. D. P.). Sorti de la session de juillet dans les 10 premiers. D. E. D. P. Sorti à la suite des 10 premiers ou dans la session d'octobre.

Diplômé d'une école équivalente. Médailles de vermeil, d'argent, de bronze. 1re mention, ou prix de clinique. 2e et 3e mentions et autres prix. Préparateur. Démonstrateur. Chef de clinique. Chef de laboratoire. Stage comme aide de clinique. Admissibilité dans un concours précédent.

C. *Titres scientifiques.* — Ouvrages. Publications dans les journaux professionnels ou scientifiques. Communications à la Société d'Odontologie ou autres Sociétés savantes, dans les Congrès. Rapports scientifiques, etc...

D. *Titres officiels.* — Dentistes des hôpitaux (aux concours). Dentistes d'un service dépendant de l'Assistance publique.

La liste des points attribués aux différents titres énoncés plus haut est dressée d'avance, elle est déposée au secrétariat général.

L'attribution des points sur titres se fait avant la première épreuve d'après les dossiers remis par le secrétariat général et les explications orales qui peuvent être demandées aux candidats.

Art. 6. — Les épreuves cliniques comptent pour 30 points : 15 points pour la partie orale et 15 points pour la partie pratique.

Elles comprennent :

A. — Examen d'un ou de deux malades choisis par le jury, exposition clinique de l'affection dont il est atteint, et du traitement à instituer.

Le candidat au poste de chef de clinique a un quart d'heure pour examiner le malade et le même laps de temps pour exposer le résultat de son examen.

Le candidat au poste de professeur suppléant de clinique a une demi-heure pour examiner le malade et le même laps de temps pour exposer le résultat de son examen.

B. — Exécution d'une ou de plusieurs opérations d'urgence.

Ces épreuves sont variables suivant les cliniques auxquelles elles s'appliquent. Elles sont indiquées avec l'annonce du concours.

Epreuves pratiques.

Art. 7. — Les épreuves pratiques comptent dans leur ensemble pour 30 points.

Elles varient selon qu'elles sont relatives à la dentisterie opératoire, à la prothèse, à l'anesthésie, à la chirurgie dentaire.

(Voir l'art. 16 : *Des épreuves spéciales aux différents concours.*)

Épreuves écrites.

Art. 8. — L'épreuve écrite compte pour 30 points.

Elle consiste en une dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit

jours à l'avance. Trois heures sont accordées pour ce travail, qui se fait sous la surveillance d'un délégué du Conseil et du surveillant général.

Les candidats ne peuvent s'aider ni de livres ni de notes.

Les compositions sont lues en présence du jury, qui peut argumenter les candidats sur le sujet traité.

Épreuve orale.

Art. 9. — L'épreuve orale compte pour 30 points.

Elle comporte une leçon faite sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance.

Le tirage au sort de la question a lieu deux heures avant la leçon afin de permettre aux candidats de la préparer sans l'aide d'aucun livre ni de notes.

Cette leçon dure une heure ; elle est publique.

Jury.

Art. 10. — Le jury se compose de quatre membres :

1° Le directeur de l'Ecole ou de son délégué, président ;

2° Du professeur titulaire de la chaire pour laquelle a lieu le concours ;

3° Un professeur titulaire et un professeur suppléant.

Les membres du jury sont tirés au sort, en séance du Conseil, parmi les professeurs dont les cours se rapprochent le plus de ceux mis au concours.

Le directeur de l'Ecole ou son délégué doivent toujours être professeurs titulaires ou suppléants pour avoir voix délibérative ; dans le cas contraire, ils sont considérés comme délégués du Conseil avec voix consultative simplement.

Dans ces conditions, un 4e membre pour compléter le jury est tiré au sort parmi les professeurs titulaires ou suppléants.

Art. 11. — Le classement des candidats est établi d'après le total des points obtenus sur toutes les épreuves réunies.

Pour être admissible il faut avoir obtenu les 2/3 du maximum demandé (les points sur titres non compris).

Les points sur titres servent seulement au classement définitif des candidats admissibles, en s'ajoutant aux points obtenus pour les autres épreuves.

Lorsque le nombre des concurrents admissibles dépassera celui des postes mis au concours, ces postes seront accordés d'après le classement général, jusqu'à concurrence des places vacantes. Les candidats admissibles non nommés bénéficieront seulement d'une

augmentation de leurs points sur titres, s'ils se présentent ultérieurement à un nouveau concours pour le même poste ou pour un poste similaire (voir le tableau de l'attribution des points sur titres).

Dans le cas où deux candidats arriveraient ex-æquo d'après la totalité des points, la préférence serait donnée au plus ancien dans l'enseignement.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus sont communiqués aux candidats.

Nomination.

Art. 12. — La nomination des candidats est prononcée par le Conseil de l'Ecole, sur avis favorable de la Commission d'enseignement, d'après un rapport du jury du concours.

Le candidat déclaré admis n'a droit au titre faisant l'objet du concours qu'à partir du jour de son entrée en fonctions.

Conditions d'admission au concours.

Art. 13. — Les candidats aux différents concours doivent :

1° Être français ;

2° Être âgés de 25 ans au moins pour les concours au poste de professeur suppléant ; de 23 ans au moins pour le poste de chef de clinique ;

3° Jouir en France des droits civils et politiques ;

4° Avoir le droit d'exercice légal en France pour les candidats aux concours dentaires théoriques et pratiques ;

5° N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité professionnelle ;

6° S'ils sont dentistes, faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, à titre de membres actifs, ou avoir fait acte de candidature. S'ils ne sont pas dentistes, être inscrits au moins comme membres honoraires ;

7° Avoir fait acte de candidature aux concours huit jours au moins avant leur ouverture par une demande écrite contenant les pièces et les titres stipulés plus haut, ainsi que l'énumération des travaux scientifiques (voir art. 5) ;

8° Signer l'engagement de service contenant les obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur.

Art. 14. — Toutes les épreuves sont publiques pour les membres de la Société, sauf l'épreuve sur titres.

Art. 15. — Le Conseil d'administration se réserve le droit de modifier ce programme selon les circonstances. Dans ce cas, les modifications sont toujours portées à la connaissance des candidats par

la voie du journal *L'Odontologie* au moment de l'annonce des concours.

ÉPREUVES SPÉCIALES AUX DIFFÉRENTS CONCOURS.

Art. 16. — Les professeurs de cours concernant la médecine générale ou les sciences accessoires peuvent être nommés au choix.

Concours concernant la partie scientifique ou médicale de l'enseignement.

TITRE DU CONCOURS.	DÉSIGNATION DES ÉPREUVES.
Physique, mécanique, chimie, métallurgie, histologie, bactériologie, dissection. Pathologie interne. Pathologie externe. Thérapeutique générale. Anatomie générale. Physiologie générale. Anesthésie (Cours théorique).	Une épreuve sur titres. Une épreuve orale (leçon). Une épreuve écrite. Une épreuve pratique, s'il y a lieu.

Professeur suppléant pour les cours concernant la partie de l'enseignement dentaire théorique.

Anatomie et Physiologie dentaires. Pathologie dentaire. Thérapeutique dentaire. Dentisterie opératoire théorique. Prothèse théorique.	Une épreuve sur titres. Une épreuve orale (leçon). Une épreuve écrite. Une épreuve pratique, s'il y a lieu.

Professeur suppléant pour les cours concernant la partie de l'enseignement dentaire pratique.

Dentisterie opératoire (clinique et pratique).	Une épreuve sur titres. Une épreuve clinique se composant : 1° D'une leçon clinique ; 2° De 3 opérations fixées par le Jury, dont au moins : une aurification cohésive. (3 heures sont accordées pour ces différentes opérations.) Une épreuve écrite.

Prothèse pratique	Une épreuve sur titres. Une épreuve clinique, comprenant : 1° Une lecon clinique ; 2° Une prise d'empreinte au plâtre ; 3° L'exécution en loge d'un travail choisi par le jury. Pose de l'appareil dans une séance ultérieure. Une épreuve écrite.
Clinique d'anesthésie.	Une épreuve sur titres. Une épreuve clinique comprenant : 1° Une leçon clinique ; 2° Une anesthésie générale de longue ou courte durée, suivie d'une opération ; 3° Une anesthésie locale suivie d'opération. Une épreuve écrite.
Clinique de chirurgie dentaire.	Une épreuve sur titres. Une épreuve clinique, comprenant : 1° Une leçon clinique d'une demi-heure ; 2° L'exécution d'une ou de plusieurs opérations immédiates de chirurgie dentaire. Une épreuve écrite.
Chef de clinique de chirurgie dentaire.	Une épreuve sur titres. Une épreuve clinique (voir art. 6). Une épreuve écrite.
Chef de clinique d'anesthésie.	Une épreuve sur titres. Une épreuve clinique (voir art. 6). Une épreuve pratique. Une épreuve écrite.
Chef de clinique de prothèse dentaire.	Une épreuve sur titres. Une épreuve clinique (voir art. 6). Une épreuve écrite.

Attribution des points sur titres.

TITRES UNIVERSITAIRES.

	Points.
Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris (D. F. M. P.)....	1
Officier de santé....................................	1/2
Docteur en médecine d'une Faculté française..............	1
Docteur ex-interne des Hôpitaux de Paris................	1
Docteur en médecine d'une Faculté étrangère.............	1/2
Docteur en pharmacie..................................	3/4
Pharmacien ex-interne..................................	1/2
Pharmacien de 1re classe...............................	1/2
Pharmacien de 2e classe................................	1/4
Licencié ès sciences...................................	3/4
Docteur ès sciences....................................	1

TITRES DENTAIRES.

D. E. D. P., sorti session de juillet dans les 10 premiers.....	4
D. E. D. P., sorti session d'octobre dans les 5 premiers.....	3
D. E. D. P., sorti à la suite............................	2
Diplômé d'une école équivalente française................	1 1/2
Diplômé d'une école étrangère reconnue équivalente........	1
D. E. D. P., Médaille de vermeil de l'Ecole dentaire de Paris.	5
D. E. D. P., Médaille d'argent »	4
D. E. D. P., Médaille de bronze »	3
D. E. D. P., 1re mention ou prix de clinique..............	2
D. E. D. P., 2e et 3e mentions et autres prix..............	1
Préparateur de cours. — Aide de clinique. — Démonstrateur.	1
Chef de clinique. — Chef de laboratoire...................	1
Pour chaque année de service en plus de la 1re année........	1/4
Candidat admissible dans un concours précédent............	3

TITRES SCIENTIFIQUES.

Les titres scientifiques comprennent les ouvrages, publications dans *L'Odontologie*, dans les journaux professionnels, les communications à la Société d'Odontologie ou autres Sociétés savantes, les communications dans les Congrès, les rapports scientifiques, etc.

L'appréciation des points à donner est laissée au jury, mais le maximum ne doit en aucun cas dépasser........................ 20

(Une communication de valeur moyenne présentée à la *Société d'Odontologie* étant cotée 2 points environ.)

TITRES OFFICIELS.

	Points.
Dentistes des hôpitaux (aux concours)....................	1
Dentistes d'un service public dépendant de l'Assistance publique.	1/2

Le maximum des points sur titres ne devra dépasser en aucun cas le total de 30 points.

CORRESPONDANCE

Le *Concours médical* du 19 mai dernier a publié, sous le titre la *Réforme des études dentaires* un article de M. Pietkicwicz fils, formulant des appréciations inexactes sur les études dentaires libres et leur enseignement.

La réponse suivante a été adressée à ce journal par le directeur de l'Ecole dentaire de Paris, après approbation du Bureau :

Paris, 29 juillet 1907.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours médical*,

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez publié dans le numéro du 19 mai 1907 de votre estimable journal un article intitulé la *Réforme des Études dentaires* qui contient, en même temps que des appréciations désobligeantes pour les Écoles dentaires et l'enseignement qui y est donné, des inexactitudes qu'il n'est pas possible de laisser passer sans les relever.

La direction de l'Ecole dentaire de Paris croit de son devoir de faire remarquer : 1° qu'elle n'a *jamais* admis d'élèves n'ayant pas 15 ans. Les diplômes qui sont exigés pour l'entrée dans les Écoles dentaires comportent manifestement par leur nature l'âge de 16 à 18 ans chez les jeunes gens qui en sont pourvus et il est tout à fait exceptionnel qu'elle reçoive des élèves ayant moins de 16 ans.

2° L'enseignement n'est pas donné *surtout* par des chirurgiens-dentistes non médecins. Le corps enseignant de l'École dentaire de Paris compte, en effet, sur quarante professeurs ou professeurs suppléants, vingt docteurs en médecine ou en sciences, dont dix sont professeurs à la Faculté de médecine, à l'Ecole de pharmacie, à l'Institut Pasteur, etc., ou attachés à l'enseignement de ces établissements, contre 18 chirurgiens-dentistes, tous nommés au concours.

Nous ne dirons rien des services dentaires dans les hôpitaux : des voix plus autorisées que la nôtre ont suffisamment établi qu'ils peuvent peut-être servir à donner aux étudiants en médecine quelques notions d'art dentaire, mais qu'ils sont tout à fait hors d'état de donner aux futurs dentistes l'enseignement dont ils ont besoin, ne serait-ce que par suite de leur installation rudimentaire et de l'insuffisance des jours de service (deux matinées par semaine environ).

Quant à prétendre qu'il est dangereux pour la santé publique d'avoir des chirurgiens-dentistes, aucune enquête auprès de leur clientèle n'a démontré jusqu'à ce jour que cette affirmation repose sur quelque fondement.

Une *note de la Rédaction* qui est ajoutée à cet article conclut dans le même sens en affirmant que *l'art dentaire a des rapports trop*

étroits avec la médecine générale pour qu'on puisse en permettre l'exercice sans instruction médicale complète.

Voilà justement la question ! Faut-il aux études techniques complètes (cinq années reconnues nécessaires au dentiste pour satisfaire le public) ajouter des études médicales complètes (cinq autres années) ? C'est allonger singulièrement les études odontologiques !

Nous sommes avec la grande majorité des chirurgiens-dentistes et des sociétés dentaires un grand nombre de médecins odontologistes qui pensons, d'accord en cela avec les pouvoirs publics en France et dans plusieurs pays étrangers (Angleterre, Allemagne, Etats-Unis) que cela n'est pas nécessaire d'une manière générale et qu'un programme comme celui qui est appliqué dans les écoles dentaires de ces divers pays et qui comprend, avec des études techniques complètes (dentisterie et prothèse), des notions générales de médecine suffit amplement pour un chirurgien-dentiste.

Enfin, il y a lieu de noter que les deux Écoles dentaires qui ont été reconnues d'utilité publique et dont les dispensaires sont des dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique, sont des institutions philanthropiques d'enseignement supérieur et non des sociétés financières, qu'elles sont soutenues par des associations professionnelles et que c'est à ces divers titres qu'elles ont obtenu en 1892 cette reconnaissance officielle, les divers ministères compétents ayant préalablement donné un avis favorable.

Je vous serai obligé, Monsieur et honoré confrère, de bien vouloir donner l'hospitalité à ces quelques rectifications et, en vous remerciant à l'avance, je vous prie de croire à mes sentiments bien distingués.

Pour le bureau du Conseil d'administration de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Le président-directeur,
Ch. Godon.

Cette lettre a été insérée par le *Concours médical* dans son numéro du 18 août 1907 et accompagnée des réflexions suivantes :

N. D. L. R. — Tout en comprenant le sentiment qui anime M. le Dr Godon, nous nous demandons si les raisons qu'il invoque sont réellement convaincantes. Où finit l'art dentaire et où commence la médecine ? Quoique l'on puisse invoquer, nous persistons à penser que les manifestations dentaires de toutes sortes ne peuvent être soignées que par des médecins, parce qu'elles mettent souvent sur la piste d'affections d'ordre général, que seul un médecin peut diagnostiquer, quand il en est encore temps, que seul il a qualité pour traiter en connaissance de cause.

Il nous semble avoir répondu d'une manière suffisamment claire à la question posée par le Concours médical. *La réponse se résume ainsi : la médecine aux médecins, l'art dentaire aux dentistes.*

C. G.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Aloys Decker, de Luxembourg, a eu la douleur de perdre sa mère, le 7 septembre, à l'âge de 74 ans.

Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Association stomatologique internationale.

Une Association stomatologique internationale, l'A. S. I., a été créée à la suite du Congrès stomatologique de Paris, au mois d'août dernier, avec Ludger-Cruet comme président d'honneur et Arkövy comme président.

Nos adversaires nous copient.

Les luttes entre stomatologistes et odontologistes s'internationalisent. Cela va devenir intéressant ; nous y reviendrons.

A. F. A. S.

M. Franchette a été nommé président de la section d'Odontologie de l'A. F. A. S pour le Congrès de 1908, qui aura lieu à Clermont-Ferrand, et M. Brodhurst, de Montluçon, vice-président.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. de Lemos fils, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Oppenot, D.E.D.P., chirurgien-dentiste ; de M. E. Lunard, chirurgien-dentiste à Albi, avec Mlle Henriette Bories, célébré le 28 septembre ; de M. Albert Boisseuil, chirurgien-dentiste, avec Mlle Jane Deschamps.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Accident.

Notre confrère M. Dehogues, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a été blessé dans l'accident de chemin de fer de Coutras, mais fort heureusement sa blessure est légère.

Nous l'en félicitons vivement.

Erratum.

P. 200, 3e ligne, lire : *MM. Bogue et d'Argent disent que* etc., 5e ligne, lire : *palatine ; J. N. Farrar*[4] *et d'autres enfin* etc.

27e ANNÉE. No 19 15 OCTOBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

EXTENSION DES MAXILLAIRES ET EXPANSION DES ARCADES DENTAIRES, PAR LES APPAREILS AMOVIBLES A PLAQUES

(Communication au Congrès de Reims, août 1907.)

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Par M. FRANCIS JEAN,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Il est toujours utile en matière scientifique d'avoir des termes très précis.

Au point de vue de la langue française, les mots *extension* et *expansion* ne sont pas synonymes : le premier se dit d'un bloc qui se développe tout en restant le même, le second d'un groupe qui se développe par la diffusion.

Vous voyez par là comment le mot *extension* s'applique exactement aux maxillaires, et le mot *expansion* aux arcades dentaires.

Les deux termes attirent déjà l'attention sur la diversité d'action à exercer selon que nous voulons modifier les maxillaires ou les arcades dentaires.

De sorte que le praticien qui agit sur les arcades dentaires fait de l'expansion ; celui qui agit sur les maxillaires fait de l'extension.

Nous ne voulons pas tracer l'historique des appareils de

redressement amovibles à plaques. Nous tenons à rappeler que les praticiens français ont pris et gardé une large place dans cette subdivision de notre art qu'est l'orthodontie.

Notre expérience pratique, tenue au courant des progrès actuels, nous permet d'exposer nos procédés personnels en ce qui concerne certaines anomalies de disposition dont les difficultés de traitement intéressent tous ceux qui s'occupent du redressement des arcades dentaires et des maxillaires.

Nos préférences pour les appareils amovibles, dans un grand nombre de cas bien définis, sont guidées par les inconvénients que nous offrent les appareils à poste fixe. En voici les raisons :

En principe, nous sommes d'avis d'intervenir de bonne heure, autant que possible entre la 8e et la 10e année ; or, pour agir dans ces conditions, un certain nombre de dents temporaires existent souvent encore, et les dents permanentes sont alors trop peu développées pour que l'on puisse fixer solidement les bagues ou anneaux constituant les points d'appui indispensables aux appareils fixes sans plaques.

Le scellement défectueux de ces anneaux est certainement préjudiciable aux organes qui les supportent, en les prédisposant à la carie par la décalcification facile de l'émail jeune, à la façon des appareils de prothèse qui ne sont pas rigoureusement aseptisés.

Et il faut bien avouer que ces scellements sont plus souvent défectueux quand on songe aux précautions prises en dentisterie pour exécuter des obturations parfaites pour lesquelles, sans digue le plus souvent, on ne peut répondre d'un travail rigoureux. Or, dans l'espèce, il ne peut être question de la digue et, même avec tous les soins possibles pour éviter la salive, après avoir aseptisé les dents qui servent de supports, il est incontestable que le bord gingival de la dent reste tant soit peu humide.

Par suite du dispositif des arcs, des ligatures, des élastiques, des ressorts ou des vis indispensables, l'hygiène buccale rigoureuse est une chose extrêmement difficile. On sait

que le nettoyage conseillé par des irrigations au moyen d'une seringue est insuffisant pour enlever les dépôts constitués par un magma résultant d'un mélange de déchets alimentaires, de mucosités et de liquides buccaux favorisant d'autant mieux l'éclosion de microorganismes contre lesquels l'antisepsie buccale et dentaire ne se trouve jamais assez bien armée. Il s'ensuit que les risques de ces inconvénients seront d'autant plus graves que le traitement sera plus long.

D'autre part, nos jeunes patients, parfois indociles, ne nous permettent pas toujours la fixation de ces appareils.

Bien que les appareils fixes soient d'une puissance incontestable, nous rejetons, nous blâmons même rigoureusement ceux dont les bagues ne sont fixées qu'au moyen d'écrous, sans scellement.

Nous rejetons également ceux pour l'application desquels le limage des dents est indispensable.

Il est à remarquer que le praticien français est en général moins partisan des appareils fixes que des amovibles avec ou sans plaques. Pour quels motifs ? Sinon par raison scientifique d'hygiène d'abord, par nécessité pratique, ensuite.

Celui qui dirait n'appliquer en orthodontie que les appareils à poste fixe nous semblerait aussi critiquable que celui qui prétendrait en prothèse ne faire que des bridges. La mentalité française est scientifique et ingénieuse au premier chef et par suite plus éclectique.

Ce n'est pas à dire que nous rejetons ces précieuses méthodes évidemment efficaces. Dans bon nombre de cas, en effet, nous les utilisons, mais, vu nos principes, nous pensons, par l'énumération de leurs inconvénients, démontrer que leur indication et par suite leur adoption sont assez nettes et relativement limitées.

Au nombre de ces procédés on doit citer, entre autres, les appareils à poste fixe sans plaque de Gaillard, l'un des précurseurs des procédés dits américains.

Les systèmes d'Angle, de Knapp, de Case, sont certes

moins embarrassants pour les patients qui en sont munis, mais, par contre, ils sont plus apparents que les amovibles avec plaques. Somme toute, l'on peut adresser des critiques à tous les procédés, quel que soit le genre choisi, mais les systèmes à plaques bien établis et bien dirigés sont ceux qui nous offrent encore le moins d'aléa.

La question d'embarras ou d'apparence n'est donc que secondaire : le but à atteindre doit seul nous préoccuper en tenant compte de tous les avantages possibles.

Dans l'extension des maxillaires, il est question surtout de la base de la portion osseuse insuffisamment développée qui contient des dents plus ou moins mal rangées dans des alvéoles trop serrés les uns contre les autres. Ces maxillaires étant insuffisants à les contenir, il faut faciliter leur développement qui permettra un traitement orthopédique rationnel, en se servant le moins possible des dents comme points d'appui.

Seuls, les appareils à plaques peuvent, à ce point de vue, nous donner satisfaction ; car la possibilité des modifications orthopédiques des os maxillaires n'est pas plus discutable aujourd'hui que le déplacement des dents pour leur régularisation dans les arcades alvéolaires.

L'expérience a prouvé également que le redressement des dents ne consistait pas à imprimer à celles-ci une inclinaison quelconque dans un sens, en les couchant en quelque sorte sans que l'extrémité apicale ait bougé. On disait autrefois que l'extrémité radiculaire ne pouvait se mouvoir : il en est autrement. Il est prouvé par la pratique que les alvéoles de ces organes se déplacent et se maintiennent par les modifications osseuses admises aujourd'hui par l'ostéite raréfiante d'un côté et l'ostéite condensante du côté opposé pour combler le vide produit par le déplacement. Les histologistes pourraient nous éclairer sur ce point. Quoi qu'il en soit, c'est un fait acquis que la dent peut être déplacée verticalement suivant les nécessités. Des orthodontistes distingués l'ont prouvé, entre autres, notre confrère M. Martinier, au Congrès de 1906 à Lyon, et il

vient de le confirmer de nouveau au Congrès de Reims, et ce, par l'application d'appareils amovibles à plaques.

Lorsqu'il y a défaut d'occlusion des arcades dentaires ainsi que disproportion dus à une anomalie de disposition par insuffisance des maxillaires, les dents sont mal rangées : elles chevauchent plus ou moins, notamment au niveau des incisives et des canines, et présentent une irrégularité qui les prédispose à la carie et dérange sensiblement l'esthétique faciale, dentaire et buccale, la phonation ainsi que l'énergie masticatoire en sont troublées.

Il est évident qu'un engrènement normal des surfaces mastiquantes des dents est indispensable pour un fonctionnement physique et physiologique normal des arcades dentaires. Les dents sont des organes dont les forces parallélogrammiques (comme l'a si bien démontré M. Godon, dans un travail récent) doivent être parfaites. Si les arcades dentaires ne sont pas dans des conditions anatomiques d'occlusion correcte, par défaut de disposition, il faut recourir à l'orthodontie, dont les moyens actuels sont aussi variés que puissants et ingénieux. Pour le traitement des maxillaires et des arcades dentaires atrésiés il ne faut songer à la suppression d'aucune dent, par la raison évidente qu'il en résulterait une asymétrie très marquée dans la région où l'extraction aurait été pratiquée, attendu que l'espace ainsi obtenu ne répondrait jamais au but proposé pour la correction désirée.

Par l'orthodontie, nous devrons donc nous rapprocher le plus possible de cet idéal d'occlusion. Nous disons « idéal », parce que les proportions nécessaires des maxillaires et des dents entre elles (les supérieurs par rapport aux inférieurs) sont bien rares, aussi rares, par exemple que la longueur du buste de l'homme par rapport à sa taille ou que la longueur de ses bras par rapport à la longueur de ses jambes, etc.

Quels sont donc les indices capables de nous assurer l'exactitude ou non de ces proportions des dents et des maxillaires ?

Au Congrès de Reims, M. Choquet, dans un mémoire

d'anthropologie très documenté, a prouvé que, dans la majorité des cas, l'antagonisme dentaire se faisait directement dent sur dent, à partir des canines. Pour notre part, nous avons souvent eu l'occasion d'observer le fait, et ce, dans des bouches qui satisfont l'esthétique faciale et buccale.

Il convient donc d'admettre que jusqu'ici l'art l'emporte encore sur la science, puisque nous sommes forcés de tirer parti d'organes dont la forme et le volume sont immuables.

Les procédés géométriques de Hawley, de Campion, sont certes fort intéressants et ils nous procurent la possibilité d'un contrôle des proportions des dents pour la forme parabolique de cette arcade telle qu'elle doit être, mais pour l'appliquer, la présence des six dents antérieures, permanentes bien entendu, est nécessaire pour leur mensuration à toutes, y compris les canines.

Avec le procédé mathématique de M. Pont, non moins intéressant et plus pratique, nous avons un indice plus précoce, puisqu'il nous suffit, pour la mensuration, d'avoir les quatre incisives et les prémolaires. Pour cette raison, nous donnons notre préférence à la méthode de M. Pont, bien que, pour notre édification, nous employions souvent ces procédés divers. Mais nous reprochons à chacun de ne nous donner des indications que pour l'arcade dentaire supérieure, car rien ne prouve que la régularisation des dents de l'arcade inférieure permette une articulation occlusale normale.

Du reste, la critique judicieuse de ces méthodes de mensuration a été faite par M. Charles Herbert, dentiste de Gladbach [1].

D'autre part, nos tentatives personnelles d'une mensuration analogue pour l'arcade inférieure par rapport à l'arcade supérieure, ne nous a donné jusqu'ici aucune satisfaction.

1. Voir *Le Laboratoire* du 30 juin 1907.

Il va sans dire qu'avant toute intervention orthodontique, nous aurons recours à la radiographie et qu'un examen médical minutieux, en particulier par le rhino-laryngologue, sera fait et un traitement appliqué, s'il y a lieu.

Atrésie du maxillaire et de l'arcade dentaire supérieurs.

Nous n'appliquons la méthode des appareils à plaques mécanisées, au maxillaire supérieur, que si celui-ci est atrésié sensiblement et notamment si les molaires, petites ou grosses, sont en rétroversion par rapport à leur antagonisme. Le traitement de l'atrésie du maxillaire et de l'arcade dentaire supérieurs, dans la majorité des cas, pourra suffire à permettre l'expansion de soi-même de l'arcade inférieure, celle-ci étant en quelque sorte bridée par la supérieure à laquelle elle est subordonnée. Ainsi ce maxillaire est insuffisant puisqu'il contient des dents trop serrées et placées plus ou moins les unes sur les autres.

Nous estimons qu'il faudrait, pour réussir à rétablir l'harmonie de cette arcade dentaire, élargir le maxillaire en desserrant les dents anormalement disposées et gagner ainsi un espace d'un tiers ou un quart environ du volume coronaire d'une dent moyenne. Nous devrons donc nous efforcer de réaliser un léger déplacement de chaque dent en les reportant chacune en dehors de telle façon que, le déplacement terminé, elles réalisent un arc de cercle plus grand et plus régulier que celui qu'elles formaient primitivement. Ce mouvement s'étendra à toutes les dents antérieures de la première molaire d'un côté à celle de l'autre côté. Nous considérons dans l'espèce que l'extension du maxillaire et le desserrement plus ou moins marqué de toutes les dents pourraient suffire à parfaire un développement incomplet ou trop lent des maxillaires par rapport aux dents dont ils sont pourvus.

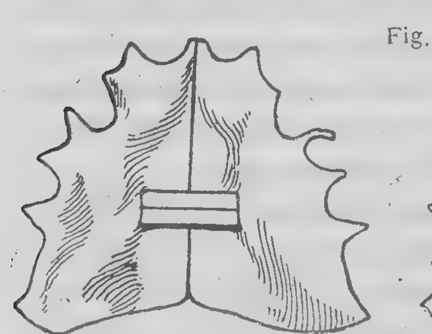
Dans les cas de cette nature, nous agissons toujours sans surélévation de l'articulation, nous gardant bien de nous opposer avec ces appareils au contact des surfaces masti-

quantes des dents. Cette manière de faire procure les avantages que notre expérience a confirmés par l'emploi des méthodes à poste fixe des bagues, colliers métalliques, etc.

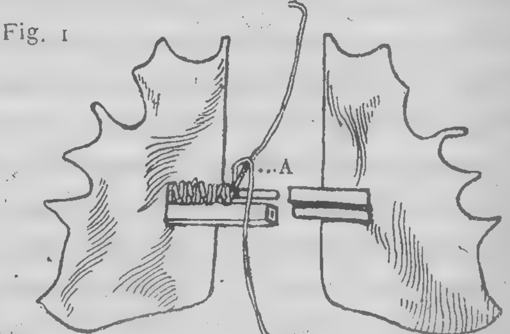
Tout orthodontiste connaît certainement les graves inconvénients des appareils mobiles qui s'opposent à l'occlusion des arcades dentaires, si le traitement est prolongé et surtout mal surveillé. Le type de l'appareil auquel ces reproches peuvent s'adresser est celui de Catalan, dit plan incliné. Aussi peut-on poser en principe que le traitement de l'atrésie du maxillaire supérieur par action directe doit s'opérer sans obstacle pour l'occlusion des arcades dentaires, et ce, pendant toute la durée du traitement.

La plaque fendue (fig. 1) à coulisses parallèles (fig. 2) nous

Fig. 1

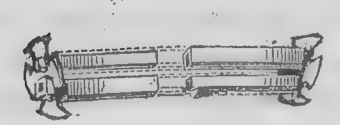


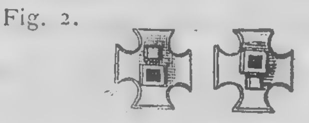
Appareil prêt à être appliqué, au début du traitement.

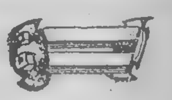


Appareil porté graduellement à son maximum d'action. Cet appareil est ouvert pour le placement d'un nouveau fil métallique nécessaire à son réglage.

Fig. 2.







Coulisses parallèles métalliques destinées à être fixées dans l'appareil en caoutchouc.

donne entière satisfaction depuis plus de quinze ans que nous l'employons ; sa confection et son réglage sont connus, de même que son action intermittente, obtenue par le réglage mathématique et gradué au moyen de fils métalliques A (fig. 1) surajoutés de temps en temps les uns aux autres sur une seule des deux tiges parallèles, après avoir séparé les deux parties de l'appareil. Des indications à ce sujet seront données

au patient ou à la personne chargée d'en surveiller l'action qui doit amener assez rapidement le résultat désiré, et ce, sans souffrance et avec toute possibilité d'asepsie désirable. Cette action peut se produire pendant des mois sans jamais recourir aux chevilles de bois dont l'usage, du reste, est depuis longtemps abandonné par nous en orthodontie. Il est une condition essentielle qui consiste à avoir le moins de contact possible de l'appareil avec les dents au bord gingival, si nous voulons plus d'action sur la voûte palatine. Le réglage se fera progressivement, toutefois avec ralentissement en avançant vers le but. La durée du traitement variera suivant l'importance du cas, l'âge du sujet et son ossature. En moyenne, quatre ou cinq mois suffiront pour une régularisation, et le même appareil, si l'on ne veut pas faire une plaque palatine spéciale, pourra, à la rigueur, servir d'appareil de contention qu'il sera bon de laisser porter jusqu'à ce qu'un engrènement définitif soit fixé.

Atrésie du maxillaire et de l'arcade dentaire inférieurs.

Le plus souvent, l'arcade inférieure est la plus irrégulière ; la supérieure l'étant moins ou très peu, seule la première doit nous occuper.

Notre système des coulisses parallèles métalliques pour l'appareil du maxillaire supérieur remplit fort bien ce rôle, adapté également à une base en caoutchouc en deux parties, s'il est solidement construit, bien adapté et ajusté de façon qu'il lui soit impossible de se déplacer sans nécessité. On réalise une stabilité plus grande au moyen d'ailettes métalliques interposées entre les prémolaires ou les molaires temporaires, si elles existent, dans le but d'empêcher tout déplacement postérieur ou antérieur. On y adjoint, au besoin, des étriers prolongés sur les faces triturantes des molaires pour éviter son enfoncement vers le plancher de la bouche, enfoncement qui provoquerait des blessures désagréables aux gencives.

Sous une action d'ensemble de cet appareil, les dents se régularisent facilement et presque toujours seules ; aussi

peut-on constater, au cours d'un tel traitement, que les dents antérieures entassées ou en rétroversion se placent d'elles-mêmes, sans action directe spéciale.

Lorsque la régularisation est obtenue d'une manière satisfaisante, il suffit de maintenir l'arcade dentaire et le maxillaire rectifiés pendant le laps de temps — plus ou moins long — nécessaire à la consolidation des dents dans leur nouvelle position.

L'appareil de maintien sera composé d'une simple gouttière en métal parfaitement estampé, emboîtant toutes les dents jusqu'au quart des couronnes, à la face externe, et dont la reproduction rigoureuse des cuspides de toutes les dents contraindra l'antagonisme nécessaire à une modification normale, à brève échéance, d'une occlusion satisfaisante. A la rigueur, une simple plaque linguale en caoutchouc suffira comme appareil de contention.

On comprend aisément que, d'une façon générale, les appareils de maintien seront toujours portés moins longtemps dans une intervention hâtive que dans une intervention tardive, et cela s'explique : lorsqu'on agit chez des sujets très jeunes au moment où leur croissance est active, c'est-à-dire vers l'âge de huit ou dix ans, l'édification osseuse des maxillaires est rapide, l'éruption de dents nouvelles ou simplement l'achèvement de l'éruption de quelques-unes doivent faire office de coins naturels, pour le maintien définitif des choses établies artificiellement.

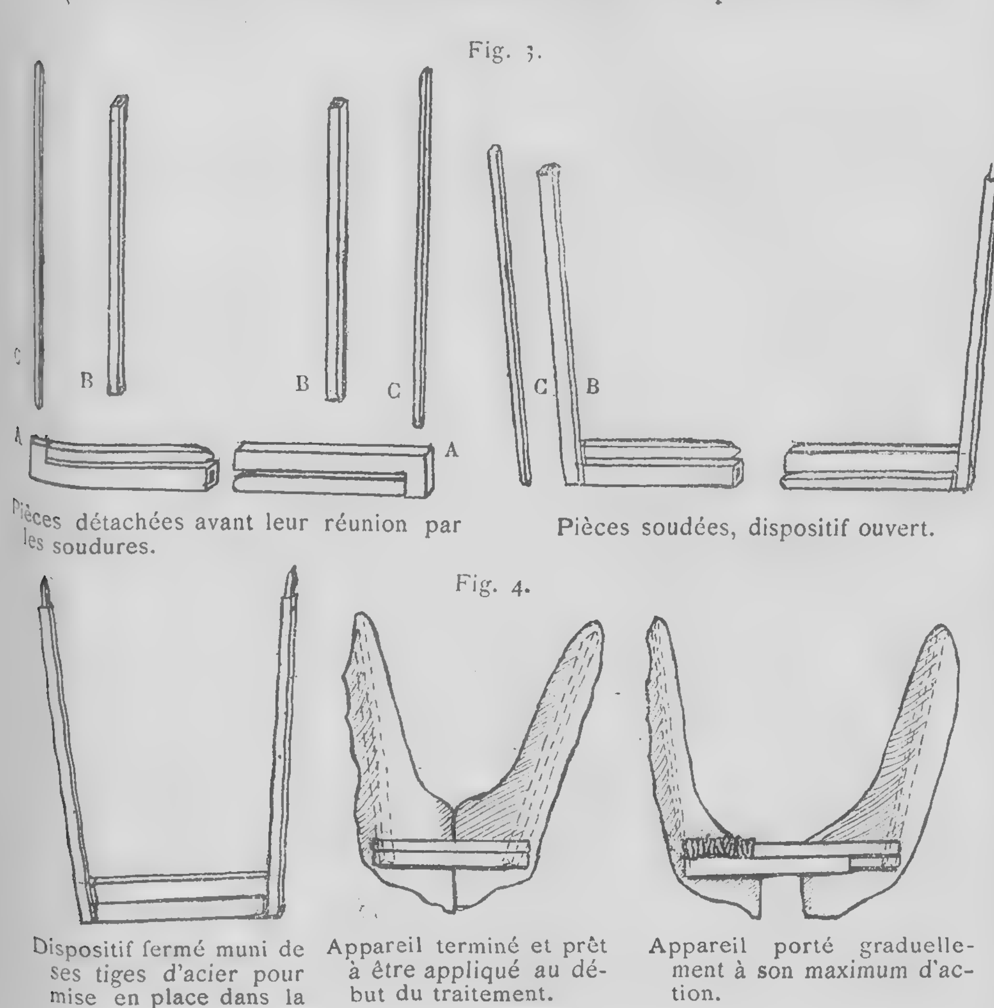
Construction de l'appareil écarteur pour l'arcade inférieure (fig. 3).

Il est composé de coulisses parallèles en or A (sans croix de Malte), de deux fourreaux en maillechort B, de deux tiges carrées en acier C calibrées pour les fourreaux et d'une base en caoutchouc vulcanisé.

Pour sa construction : présenter les coulisses parallèles A contre la face linguale des incisives et les ajuster à une longueur convenable, aussi longue que pourra le permettre le degré de l'atrésie. A chaque extrémité de ces coulisses

parallèles fixer à la cire collante les fourreaux en maillechort B pour leur donner la direction et la position voulues. (Sur chacun de ces fourreaux on aura au préalable soudé

Fig. 3.



Pièces détachées avant leur réunion par les soudures.

Pièces soudées, dispositif ouvert.

Fig. 4.

Dispositif fermé muni de ses tiges d'acier pour mise en place dans la cire.

Appareil terminé et prêt à être appliqué au début du traitement.

Appareil porté graduellement à son maximum d'action.

de place en place quelques petits crampons pour faire prise dans le caoutchouc.) Mettre en plâtre pour souder ces deux fourreaux ; cette soudure faite, introduire les fils carrés en acier C dans les fourreaux et noyer le tout dans la base en cire qui sera ensuite mise au point pour le bourrage du caoutchouc en moufle. Une fois la vulcanisation effectuée, nettoyer l'appareil et le finir presque totalement avant de donner le coup de scie central qui devra permettre à l'appa-

reil de se partager en deux pour le fonctionnement. On conçoit que ce procédé assurera une grande rigidité de l'appareil, rigidité d'autant plus importante que l'acier noyé dans le caoutchouc, par l'intermédiaire des fourreaux en maillechort, n'aura pas été détrempé (fig. 4). Le réglage de cet appareil est identique au précédent.

Atrésie du maxillaire et de l'arcade dentaire supérieurs et inférieurs simultanément [1].

L'extension et l'expansion par les appareils à plaques peuvent facilement nous fournir cette transformation dans les maxillaires et les arcades dentaires tout à la fois. Il n'est question jusqu'ici que de l'un des deux maxillaires.

Mais si l'arcade supérieure présente en même temps des déviations dentaires légères et plus ou moins nombreuses d'entassement ou de chevauchement, et surtout s'il y a tendance à l'atrésie, l'original de notre procédé consiste à pratiquer, toujours avec le même genre d'appareil, l'élargissement parabolique des deux arcades simultanément.

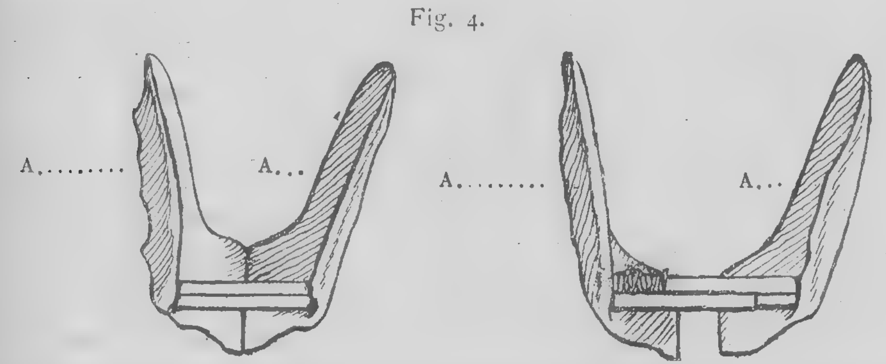
Pour atteindre ce but, l'appareil également en deux parties doit subir quelques modifications. En caoutchouc avec le même mécanisme métallique que pour les précédents, il doit aussi comporter une charpente intérieure également métallique en sorte de squelette pour avoir la résistance qui lui est absolument nécessaire, vu la force considérable qu'on devra lui demander et la fatigue énorme qu'il devra subir. A cet appareil (fig. 4) sera aménagé un talus A prolongé en caoutchouc au niveau de la face linguale des molaires inférieures et faisant en quelque sorte étrier sur une légère partie des faces triturantes des petites et grosses molaires inférieures, suffisamment pour que l'appareil soit suspendu sur le bord lingual des dents qui le supporteront. Ces talus A ou plans inclinés, dont le sommet doit être dirigé vers la voûte palatine, seront mis au point pour assurer le contact du bord inférieur de la face palatine des molaires supérieures, strictement pour em-

1. Voir *L'Odontologie* du 30 juin 1907.

pêcher les rapports intimes des faces triturantes et laisser un espace d'environ deux millimètres entre les deux arcades. Il s'ensuivra une pression par glissement des dents supérieures, tendant à élargir son arcade maxillaire.

On comprend que le réglage de l'appareil indiqué plus haut, par l'écartement toujours progressif de chaque partie latérale, agisse simultanément sur les molaires supérieures et inférieures, en favorisant l'élargissement des deux maxillaires.

Fig. 4.



Appareil terminé, prêt à être appliqué, au début du traitement.

Appareil réglé graduellement pour son maximum d'action.

Cet appareil ainsi combiné aura beaucoup d'effet sur la base du maxillaire inférieur, mais moins et indirectement sur le maxillaire supérieur dont les dents, par l'intermédiaire et le concours de leurs alvéoles, contribueront à l'élargissement de la voûte palatine, élargissement favorisé par l'anatomie du maxillaire supérieur dont la structure cédera toujours plus facilement que le maxillaire inférieur, bien que sans pression directe.

L'orthopédie osseuse est une question depuis longtemps résolue : des actions physiologiques ou pathologiques, des interventions intempestives ou accidentelles l'ont maintes fois prouvé. N'a-t-on pas vu récemment encore (d'après une communication de M. Touvet-Fanton, présentée à la Société d'Odontologie de Paris) un cas de dépression osseuse très marquée du maxillaire supérieur, provoquée intempestivement par un patient avec de l'ouate interposée, pendant un certain temps entre un appareil de prothèse et la gencive !

Aucun praticien expérimenté ne peut mettre en doute aujourd'hui la possibilité de l'extension des maxillaires. Sans nier la valeur et l'efficacité des appareils fixes à bague et à arc métallique dont nous faisons usage avec succès et avec lesquels nous engageons nos confrères à se familiariser, car ils sont précieux dans des cas particuliers, on peut affirmer que les modifications osseuses importantes des maxillaires ne se résoudront jamais qu'au moyen de plaques assez étendues et, autant que possible, appliquées de bonne heure. De là, l'amovibilité indispensable dont nous continuons à être, plus que jamais, le défenseur, dans la plupart des cas où l'extension des maxillaires sera indiquée pour l'expansion des arcades dentaires.

Je ne sais si les appareils fixes feront disparaître les appareils amovibles. J'ai voulu fixer actuellement l'état de la question des appareils à plaque pour le traitement de l'atrésie du maxillaire et des arcades dentaires, tel que je le comprends, et je pense prochainement démontrer l'emploi judicieux que nous pouvons faire des appareils à poste fixe.

CONCLUSIONS.

Nous réservons l'application des appareils amovibles à plaques aux cas où les maxillaires doivent être développés par extension pour obtenir une régularisation suffisante des arcades dentaires, et ce, de bonne heure, soit généralement à partir de la neuvième année.

Nous réservons l'application des appareils fixes sans plaques, à bagues, arcs métalliques, ligatures, caoutchoucs, élastiques, ressorts, vis, etc., aux cas où les maxillaires étant à peu près normaux, nous voulons agir exclusivement sur les dents, et cela aussitôt que l'éruption des dents nous permet d'y fixer ces dispositifs nécessaires.

Et, en principe, nous ne surélevons guère l'articulation que dans les cas où nous voulons agir simultanément sur les deux maxillaires avec les appareils à plaques, ainsi que dans d'autres cas restreints, et ce, avec la plus grande circonspection.

TRIKRÉSOL-FORMOL

Par M. Thioly-Regard, de Genève.

Au mois de mars 1906, Ad. Peetz, dentiste à Merseburg, publiait un travail dans lequel, s'adressant à ses collègues, il leur recommandait deux substances antiseptiques, le xéroforme associé avec le trikrésol, sous forme de pâte et dont il se déclarait entièrement satisfait pour le traitement des pulpes, soit simplement dévitalisées, soit gangrénées ou infectées. Il allait même plus loin, en prétendant que le trikrésol et le xéroforme, employés en pâte, avaient une puissance antiseptique ne pouvant être dépassée par aucun autre médicament, y compris le chlorophénol, introduit dans la profession par Walkhoff.

Voici comment il décrit leur mode d'emploi : Lorsque la pulpe a été dévitalisée, il faut injecter dans la cavité de l'eau tiède afin de la débarrasser des dernières traces d'acide arsénieux, puis la cavité étant nettoyée, on lui donne une forme rétentive.

Ayant placé la digue, on nettoie la cavité avec de l'alcool au thymol, et, à l'aide d'une fraise neuve et désinfectée, on perfore la cavité pulpaire ; on rejette les résidus du fraisage, puis la cavité pulpaire est lavée avec de l'eau phéniquée (solution 2 o/o) jusqu'à ce qu'elle soit absolument propre.

Après séchage elle est de nouveau désinfectée avec de l'alcool thymolé et une dernière fois séchée, puis bien imprégnée avec du trikrésol. On mélange alors sur une plaque de verre une goutte de trikrésol avec du xéroforme, de manière à obtenir une pâte de consistance moyennement ferme, puis la cavité pulpaire séchée est obturée avec cette pâte de façon qu'il soit ménagé assez de place pour terminer l'obturation par une couche de ciment à l'oxychlorure de zinc. Cette dernière opération étant pratiquée au bout d'un instant, on peut terminer l'obturation définitive de la dent.

Il n'y a pas à craindre l'inflammation du périoste ni l'infection de la pulpe pas plus que le changement de couleur de la dent.

Mais où les propriétés antiseptiques de ces deux substances sont surtout remarquables, c'est dans le traitement des dents à pulpe gangrénées. Par leur emploi le traitement est abrégé, à tel point qu'il est possible d'obturer de suite des canaux infectés, sans craindre des poussées de périostite consécutive. En cas de fistule gingivale, il suffit de deux pansements, à la condition, il est vrai, de désinfecter soigneusement le canal radiculaire avec de la formaline en solution.

Pour obturer vite et sûrement une racine, Peetz recommande de bien imbiber une mèche de coton d'amiante dans de la pâte au xéroforme et trikrésol, de la pousser avec une sonde fine jusqu'à l'apex ; une seconde mèche trempée dans du ciment de chlorure de zinc à l'état de pâte claire sert à terminer l'obturation de la racine.

En cas de fistule gingivale, la racine sera rigoureusement préparée, nettoyée et si le foramen apical est trop étroit, il sera élargi afin de pouvoir faire passer une injection d'eau oxygénée du canal à l'ouverture de la fistule; le traitement sera ensuite conduit comme ci-dessus. Dès le premier pansement la guérison peut être obtenue, la fistule peut disparaître et l'influence salutaire du xéroforme et du trikrésol comme obturation radiculaire permanente complétera le résultat.

Si dans certains cas l'on peut obtenir le même succès avec d'autres médicaments, il est cependant permis de prétendre que le xéroforme-trikrésol les dépasse tous par la constance de ses effets.

Pasvelz dans la *Zahnheilkunde Reform*, du 5 mai 1905, s'étend longuement sur le traitement des pulpes gangrénées par la méthode présentée au quatrième Congrès dentaire international par J. P. Buckley à l'aide du composé suivant : une partie de formaline pour deux de trikrésol.

Sous le titre de « traitement de la gangrène de la pulpe

par le trikrésol-formaline », J. Leistschméder, dentiste à Linz-sur-le-Danube, après avoir rapporté de très nombreuses observations de guérisons définitives, recommande chaleureusement à la profession la méthode Buckley.

O. Escher, dentiste à Rudolstadt, a également obtenu de brillants résultats en utilisant les procédés opératoires de Buckley.

Escher compare d'abord dans le traitement des racines, tel qu'il a été conseillé dans les nombreuses publications d'Adolphe Witzel, avec la méthode claire et évidente du traitement avec le trikrésol-formalin. Pendant de nombreuses années il a été un disciple fervent de Witzel, et il a utilisé ses méthodes générales, dans le traitement des pulpes malades. Mais aujourd'hui Escher se déclare vivement satisfait de pouvoir supprimer de son cabinet d'opération l'acide sulfurique et l'eau régale. Le trikrésol-formalin est un produit inoffensif et de haute valeur, auquel on ne peut opposer d'équivalent.

Pour Escher, il est également au-dessus de tout ce qui a été proposé même pour le traitement des fistules dentaires, qui sont guéries en trois séances. Le mode opératoire de Escher en cas de fistule est le suivant : la dent malade est fraisée jusqu'à la chambre pulpaire, le canal dentaire nettoyé, puis séché à l'air chaud, et après l'introduction d'une mèche imbibée de trikrésol-formalin, la cavité est obturée provisoirement. Après quelques jours, la mèche est retirée, une pâte de trikrésol-formalin est pressée dans la racine et la dent est obturée définitivement.

Il est recommandé de faire une incision préventive à la gencive, lorsque la fistule semble se boucher, ou pour favoriser l'écoulement des sécrétions de la région apicale.

Dans quelle proportion le pouvoir actif désinfectant du trikrésol-formalin à la surface du territoire infecté peut-il être mesuré ? Cela est difficile à déterminer, mais Escher croit que ce pouvoir peut se faire sentir sur une assez grande étendue.

Naturellement pour évaluer la durée du traitement d'une

affection péri-apicale, il faut tabler avec la date du début de l'affection, avec le moment auquel on entreprend de la guérir, aussi bien qu'avec le degré de l'inflammation (tissus nécrosés, séquestrés, etc. qui seront à éliminer). Les proportions anatomiques à régénérer devront être prises en considération.

Il est de toute évidence que plus on traitera tôt une fistule, plus vite on en aura raison. Il y a encore lieu d'observer la virulence plus ou moins grande de l'infection et le terrain.

Le trikrésol-formalin se comporte encore bien mieux, en cas d'extirpation de la pulpe. Après l'extraction du nerf avec le tire-nerf on introduit dans le canal rempli de sang une mèche de coton imbibé de trikrésol-formalin, on la laisse 5 minutes environ (naturellement si on la place pour quelques jours, on fera l'occlusion de la cavité avec du ciment Fletscher). Après avoir retiré cette mèche, brunâtre à cause du sang coagulé dont elle est imprégnée, on presse dans le canal une pâte au trikrésol-formalin, et l'on obture la dent.

Lorsque le nerf n'est pas extirpé, mais que la pulpe est seulement amputée, on place une petite boulette de coton imbibée de trikrésol-formalin dans la cavité pulpaire et l'on ferme avec du Fletscher; au bout de quelques jours, on enlève le ciment, on retire la boulette de coton, une pâte de trikrésol-formalin est pressée à sa place et la dent obturée.

Escher ajoute un peu de glycérine au trikrésol-formalin, selon la formule suivante :

Rp.	Trikrésol	20,00
	Formol	10,00
	Glycérine	5,00

En résumé, pour les cavités pulpaires et les canaux, qu'il y ait eu grangrène de la pulpe ou extirpation du nerf, il ne se sert que de pâte au trikrésol-formalin. Depuis qu'il procède de cette façon, il n'a pas eu d'insuccès à enregistrer. Il termine son article en jetant par-dessus bord l'iodoforme, qu'il accuse de faire naître spontanément des périostites très douloureuses, bien que l'on puisse constater sa présence dans la racine.

A propos du formol, Albert Reissner, dentiste, qui ne semble pas avoir eu connaissance du traitement de la gangrène de la pulpe par le trikrésol-formalin, accuse le pennal d'avoir une action caustique et de posséder une odeur peu agréable; c'est pourquoi il recommande chaleureusement une combinaison du formol avec le naphtachinone savonneux que la fabrique de produits chimiques de Bense et Eicke, à Einbech, a mis en vente sous le nom de *parisol.*

Le parisol se présente sous l'aspect d'un liquide limpide, clair, d'une odeur agréable et fraîche, il se dissout facilement dans l'eau en prenant une coloration blanc de lait. Au lieu d'employer une mixture composée de 3 ou 4 cent., Reissner fait des applications de parisol, en solution 10 o/o, qu'il introduit goutte par goutte dans les canaux dentaires au moyen d'une sonde flexible. En cas de gangrène de la pulpe, il débarrasse soigneusement le ou les canaux de tout vestige putride. Dans les cas graves, il reconnaît qu'il faut trois ou quatre séances pour arriver à guérir complètement une dent très infectée. Il obture provisoirement la cavité avec du ciment Fletscher pendant 8 jours avant d'obturer définitivement.

Le parisol est un bon désinfectant général ; à 1 o/o, il désinfecte absolument les instruments.

Pour en revenir au trikrésol, on peut dire que c'est Arthur Scheuer, de Teplitz, qui a le plus contribué, en Allemagne, à implanter dans la profession le traitement de la gangrène de la pulpe à l'aide du trikrésol-formalin, indiqué par J.-P. Buckley.

Voici comment il opère :

Après l'ouverture de la cavité pulpaire, il suffit de faire un léger séchage, puis de faire un pansement de cette cavité pulpaire avec une boulette de coton imbibée de trikrésol-formalin, enfin de se servir de dentine artificielle pour obturer d'une manière hermétique. Le médicament fera le reste.

En effet le jour suivant, il n'existe plus aucun soupçon d'odeur putride, l'inflammation du périoste a disparu, la douleur s'est dissipée, la sensation d'allongement de la

dent ne se fait plus percevoir. Même dans les cas où, après l'ouverture de la cavité pulpaire, l'on voit le pus s'écouler par le canal, et à chaque tentative d'introduction d'une mèche, sortir de plus belle, même dans ces cas, une application de trikrésol-formalin modifie favorablement la situation ; dès la seconde application, le pus est plus clair, limpide ; après le troisième pansement, il est tari et au bout de quelque temps la gencive, s'il y a eu fistule, est cicatrisée.

Pour les dents antérieures et les bicuspides sans abcès ni fistules, on opère le pansement avec le composé Buckley :

Formalin une partie pour une ou deux parties de trikrésol.

Le jour suivant ou le second jour, on élargit la cavité plupaire et le canal dentaire dans 1/3 de sa longueur, on lave à l'alcool, on fait une nouvelle application de trikrésol-formalin, ou bien immédiatement il est procédé à l'obturation des racines avec une pâte composée de dentine artificielle et de trikrésol-formalin et d'eugénol, dans la proportion de 3 : 1 : 1.

Rp. Oxyde de zinc	8,00
Sulfate de zinc anhydre	2,00
Trikrésol	1,00
Formalin	1,00
Eugénol	1,00

Glycérine quantité suffisante pour faire une pâte épaisse.

A l'aide de la brucelle à pansement liquide de Witzel, on imprègne la cavité pulpaire du mélange Buckley 2 : 1, puis on presse très légèrement la pâte. Cette *légère* pression évite une inutile pénétration jusqu'à l'apex de la racine.

La cavité sera bien nettoyée de l'excès de pâte, jusqu'à l'entrée du canal ; celui-ci sera fermé avec une couche de gutta-percha ou de papier d'amiante et la dent définitivement obturée.

Pour les molaires en cas de gangrène pulpaire, après un nettoyage mécanique et séchage de la chambre pulpaire, il sera procédé à un pansement hermétique Buckley. A la séance suivante, la chambre pulpaire sera lavée avec de l'alcool absolu, puis séchée et remplie de pâte au trikrésol.

formalin, seulement dans la chambre et rien de plus, celle-ci étant auparavant humectée avec une goutte de trikrésol-formalin 2 : 1. Scheuer ne pratique aucun sondage ni aucun fraisage du canal radiculaire, parce qu'il suffit que la chambre pulpaire soit obturée avec la pâte. En terminant, disons que Scheuer a étudié l'action de la pâte trikrésol-formalin sur la pulpe amputée; beaucoup ont longtemps cru que cette action était momifiante, lui cependant prétend qu'elle est essentiellement chimique.

Buckley a le grand mérite d'avoir étonnamment simplifié le traitement des pulpes détruites, et de permettre de délaisser le traitement mécanique des canaux dentaires, ce dernier traitement restera comme une dernière ressource, de même que la résection des racines dans les cas compliqués. L'essentiel est de ne pas oublier que le formalin n'agit efficacement qu'à la condition que le pansement soit hermétiquement protégé : le contact de la salive nuit absolument à la valeur thérapeutique des médicaments.

Lorsqu'il s'agissait de gangrène de la pulpe, A. Witzel et d'autres avec lui recommandent de se servir de sondes très fines, non seulement pour atteindre avec le médicament le sommet de l'apex, mais encore pour dépasser cet apex, puis de procéder à des pansements de la dent avec du coton. Nous allons signaler maintenant l'avis d'autres praticiens qui recommandent le contraire, c'est-à-dire de ne pas arriver à l'apex et d'obturer hermétiquement au ciment. Des deux côtés on accuse des résultats très brillants.

Philippe Schreier, dentiste à Brünn, est un fervent adepte du traitement des pulpes malades par le trikrésol-formalin, seulement il n'est pas tout à fait partisan de la méthode Buckley en ce qui concerne l'indifférence avec laquelle on laisse les canaux non nettoyés comblés de matières putrides. Il récapitule d'abord les indications données par les précédents praticiens. Dans la communication de Buckley, présentée au Congrès dentaire de Saint-Louis, il n'est pas fait mention du nettoyage des canaux ;

il semblerait que les pansements de la cavité pulpaire et l'ouverture du canal radiculaire suffiraient, il n'est pas spécifié suffisamment que les canaux doivent être nettoyés, pansés avec le trikrésol-formol et obturés avec la pâte.

Lartschneider, dans ses observations, n'est pas non plus très catégorique ; dans le plus grand nombre de cas, les canaux ont été nettoyés, dans quelques cas absolument pas.

Escher également laisse planer un certain doute sur le point spécial du nettoyage des canaux, il dit que, pour la première séance, il ne fait que placer un coton imbibé du composé Buckley dans la chambre pulpaire ; dans la seconde séance, il indique qu'il ouvre le canal dentaire, mais il ne mentionne pas suffisamment s'il y a manipulation du tire-nerf et de la sonde ; en lisant son travail on pourrait croire que non. Il serait intéressant de nous faire connaître si l'on a pu suivre les observations citées et s'il n'y a pas eu ou s'il n'y aura pas de récidives infectieuses.

Cette critique étant faite, Schreier se déclare absolument satisfait du résultat obtenu par les pansements au trikrésol-formalin.

Il décrit ensuite sa façon d'opérer, pour les dents douloureuses ou non, dont les pulpes sont gangrénées.

Il ouvre la chambre pulpaire, qu'il nettoie lentement et scrupuleusement, puis il place un pansement au trikrésol-formol, enfin obture avec le Fletscher. Après 24 ou 48 heures il enlève le tout, et il trouve en effet que toute odeur putride a disparu et que le coton lui-même n'a que l'odeur du médicament ; résultat absolument convaincant et qu'on n'a encore jamais obtenu jusqu'ici en un aussi court espace de temps ; il nettoie alors le canal, avec un tire-nerf, cette opération est peut-être quelquefois inutile, mais elle vaut la peine d'être faite ; elle n'est en tout cas pas nuisible, et quelquefois on retire des matières étrangères qu'il vaut mieux avoir enlevées pour assurer le succès du traitement ; même des petits abcès de l'apex non soupçonnés, qui ont donné lieu à une courte hémorragie, ont été ainsi vidés.

Après le nettoyage de la racine, Schreier pousse aussi loin que possible dans le canal un fil imbibé de trikrésol-formalin, il ferme avec le Fletscher et laisse en repos encore une fois 48 heures, puis il obture définitivement la dent.

Il conclut également en faisant l'éloge de ce nouveau médicament qu'il a eu l'occasion d'utiliser plusieurs centaines de fois avec des résultats qu'il n'a jamais pu obtenir des autres antiseptiques dont il avait fait usage jusqu'alors.

REVUE DE L'ÉTRANGER

ROLE JOUÉ PAR CERTAINS ACIDES DÉRIVÉS DE LA LACTOSE DANS L'ÉROSION DES DENTS

Par GEORGES W. COOK, de Chicago.

La lactose est le dissaccharide qu'on trouve normalement dans le lait ; on ne le trouve dans aucun autre liquide organique. Hydraté, il dégage deux hexoses. La galactose est le produit qui nous intéresse le plus dans ce cas. Dans les conditions physiologiques ordinaires, la galactose se transforme dans le corps en acide carbonique et en eau, ce qui fournit de l'énergie à l'économie, comme la dextrose et autres hydrocarbures. Dans certaines conditions la galactose peut donner naissance à certains acides dérivés, notamment l'acide galactonique et l'acide mucique, qui peuvent aisément se préparer avec la galactose sous l'action de l'acide nitrique. On pense que la même action se produit dans le corps, et que, si elle n'est pas provoquée directement par les enzymes, elle est du moins influencée par eux. L'observation clinique et l'expérience prouvent que le métabolisme du corps peut être changé par des conditions extérieures, de façon à porter notablement atteinte à la quantité et à la nature du produit formé par les enzymes.

Ces changements peuvent se représenter ainsi : lactose-galactose et dextrose ; galactose-acide galactonique. Par l'oxydation du radical alcool de cette chaîne on obtient de l'acide mucique, isomère de l'acide saccharique, qui se forme de la même manière de la canne à sucre. Je ne prétends pas que l'acide mucique se forme de la lactose seule, mais les conditions dans lesquelles on le trouve en très grande abondance dans le corps me donnent à penser qu'il se forme généralement de ce sucre. Cependant les acides isomères peuvent être formés presque par chaque hydrocarbure.

On sait que la bouche contient constamment des bactéries, dont beaucoup forment de l'acide lactique dans des cultures en dehors de la bouche. Toutefois il n'existe pas de preuve péremptoire de sa présence dans la bouche. On croit généralement que l'acide lactique est la cause de la carie, et beaucoup pensent que c'est aussi celle de l'érosion. Toutefois il y a beaucoup de cas d'érosion que la théorie de l'acide lactique n'explique pas.

Kirk, dans une communication récente, a émis l'idée que l'érosion en général est due à l'acide lactique ; mais sa preuve expérimentale

ne suffit pas à la faire accepter par tous et elle a été contestée par Ance et Hinkins. L'acide lactique peut jouer un rôle dans l'érosion mais il n'y joue pas, suivant moi, le rôle le plus important. En étudiant cette question au laboratoire de physiologie de l'Université de Chicago, Mac Guigan pense que l'acide mucique peut être un facteur de l'érosion. Cette opinion semble acceptable, car elle correspond à beaucoup de mes observations cliniques.

On sait que, pendant la grossesse et autres périodes critiques de la femme, les dents sont atteintes et la lactose et ses dérivés se montrent en quantités relativement grandes dans le sang et les tissus du corps. Il y en a tellement qu'on en trouve souvent dans l'urine. C'est aussi pendant ce temps que la salive présente une consistance épaisse, visqueuse, filante. Avec les changements hydrolytiques et oxydants cela donne naissance à de l'acide mucique. Dans les conditions normales on ne trouve qu'une petite quantité d'acide qui s'oxyde aisément pour former de l'acide carbonique et de l'eau ou qui est neutralisé par les bases du corps. Si les conditions sont changées il peut y avoir une augmentation de la quantité d'acide néoformé ou bien une diminution du pouvoir oxydant peut permettre une accumulation excessive de l'acide. Une hypersécrétion des glandes de la bouche, indépendante de l'alimentation hydrocarborée, peut favoriser la production de cet acide. La mucine en particulier donnera naissance à de l'acide mucique. Leur situation permet aux dents d'être baignées constamment par ces produits, d'une façon analogue à celle qui a été adoptée dans les expériences citées ci-après.

Pour avoir des données expérimentales appuyant cette opinion, je me suis procuré de l'acide et j'ai entrepris plusieurs expériences, qui, quoique inachevées, permettent de dire que l'acide mucique est un facteur important dans l'érosion. Du moins dans les expériences *in vitro* on peut incontestablement produire l'érosion.

L'acide mucique est un acide bibasique peu soluble et qui existe probablement dans la bouche sous forme d'un sel ou d'un sel acide. Le sel serait plus soluble. Dans mes expériences, j'ai employé une solution saturée et plusieurs solutions de saturation partielle. J'ai suspendu dans ces solutions des dents avec la couronne, je les en sortais chaque jour et je les brossais avec une brosse à dents dure. Au bout de plusieurs mois toutes présentaient l'érosion typique, très marquée à la jonction du ciment et de l'émail. A tous égards elle était identique à l'érosion survenant dans la bouche.

Des dents traitées de même avec l'acide lactique présentaient également une désagrégation de la substance de la dent, mais cela n'était nullement semblable à l'érosion et pouvait se distinguer de l'érosion véritable en la touchant dans l'obscurité.

Pour obtenir la confirmation de mon opinion je fis plusieurs cen-

taines de déterminations de la conductibilité électrique de la salive et je déterminai également le point de congélation de la série. Quelques-unes provenaient de cas normaux, d'autres de cas d'érosion véritable. Souvent la réaction au tournesol fut acide. Je ne pus tirer aucune conclusion définitive de mes essais sur la conductibilité ou du changement du point de congélation, car les salives normales différaient plus entre elles que ne différaient les cas d'érosion. Je polarisai ensuite la série, mais sans résultat défini. Cependant je crois que dans une série de cas soigneusement choisis la chimie aidera à la solution du problème. Dans les conditions normales la réaction de la salive est neutre ou légèrement alcaline.

Dans l'érosion, mes expériences me font penser qu'elle est toujours acide. On sait que dans les exercices musculaires intenses ou l'activité nerveuse et dans le métabolisme intense, les liquides du corps deviennent acides ou tout au moins diminuent d'alcalinité. Dans les conditions normales ces acides sont neutralisés par l'ammoniaque et les alcalis fixes. Avec des changements excessifs de métabolisme et des changements nerveux excessifs, surtout pendant la grossesse, la puberté, etc., les sécrétions et surtout la salive deviennent plus acides et exercent conséquemment une influence délétère sur les dents. Cette déduction est tirée de phénomènes physiologiques connus et concorde avec mes découvertes expérimentales et mes observations cliniques. Tandis que l'acide lactique peut jouer un rôle dans l'érosion, sa méthode de formation me conduit à lui assigner un rôle moins important. La nature de l'érosion et la fréquence parfois quand les dérivés acides de la lactose sont plus abondants dans le corps me conduisent à donner à l'acide mucique une place prédominante.

(*Dental Review*, mai 1906.)

REVUE ANALYTIQUE

Langue noire produite par l'eau oxygénée. — Cause et prévention de la récidive de la carie. — Dégénérescence épithéliomateuse de la grenouillette. — Comparaison entre la carie commençante et la carie pénétrante. — Quelques principes sur les fours. — Ingestion de fausses dents.

Langue noire produite par l'eau oxygénée.

La « langue noire pileuse »,le plus souvent d'origine parasitaire, peut être le fait d'une coloration accidentelle du sommet des papilles, hypertrophiées par des substances étrangères. Il est bon de savoir notamment que des lavages à l'eau oxygénée au cours du traitement mercuriel peuvent déterminer de la négritie de la langue. M. L. Bizard a même eu l'occasion d'observer cette coloration noire à la suite de gargarismes à l'eau oxygénée, en dehors de tout traitement mercuriel, chez un homme en bonne santé, simplement fumeur et présentant de l'hypertrophie papillaire. Il a suffi de cesser les gargarismes pour faire disparaître la teinte noire de la face dorsale de la langue qui a bientôt desquamé en larges plaques.

On voit qu'il serait bon de rayer de la thérapeutique de la langue noire l'eau oxygénée, qui était jusqu'ici recommandée par tous les auteurs contre cette affection.

(L. Bizard, *Société de Médecine de Paris,* 8 juin 1907.)

H. D.

Cause et prévention de la récidive de la carie.

M. H. C. Spencer, de Newton, étudie cette question et formule, à ce égard les conclusions suivantes :

D'une façon générale il y a dans la dentisterie opératoire cinq points d'une importance capitale pour le succès de l'opération : 1° l'enlèvement total de tout le tissu décalcifié ; 2° l'extension pour prévention avec une cavité suffisante ; 3° le choix scientifique de la matière obturatrice ; 4° la manipulation scientifique de celle-ci ; 5° l'observation de la prophylaxie buccale.

L'enlèvement total du tissu décalcifié doit précéder l'insertion de l'obturation : c'est là une des premières lois de la dentisterie opératoire. Beaucoup d'opérations échouent parce qu'on n'en tient pas compte. Bien des opérations laissent une certaine quantité de dentine décalcifiée ; mais cette pratique ne saurait être trop condamnée. Le plus grand nombre des abcès alvéolaires en sont la conséquence. Il est souvent impossible de distinguer la dentine décalcifiée de la dentine normale, à moins que celle-ci ne soit tout à fait exempte d'humidité bien visiblement.

La négligence de l'extension pour prévention est une des causes de caries les plus fréquentes pour les dents antérieures et postérieures.

Les causes de cette négligence sont au nombre de deux : 1° la pensée que l'opération sera plus facile et plus courte ; 2° la sensibilité de la dentine. Quant à la première, les opérations sont plutôt abrégées qu'allongées par l'extension ; quant à la seconde, nous avons souvent conseillé de ne pas faire cette extension quand il faut tenir compte de l'état physique du patient.

Toutes les dents ne peuvent pas être restaurées par la même matière.

Une manipulation n'ayant pas le caractère scientifique, peut être due à une pratique insuffisante, à un besoin de se hâter ou à l'incapacité physique.

La prophylaxie est tout à fait nécessaire pour le succès de l'opération, même si toutes les autres phases de l'opération ont été bien exécutées.

(*Dent. Digest,* mars 1906.)

Dégénérescence épithéliomateuse de la grenouillette.

La dégénérescence épithéliomateuse de la grenouillette n'avait jamais été considérée que comme une éventualité possible ; aussi le cas relaté par M. Duvergey est-il particulièrement intéressant.

Il s'agit d'un malade qui, à l'âge de 42 ans, avait été traité pour une grenouillette buccale qui fut incisée, cautérisée et drainée. Quatre ans après il fut revu, accusant une vive douleur au niveau de la cicatrice, présentant une salivation abondante et se plaignant de douleur pendant la mastication. Il existait une vaste élévation du plancher buccal, depuis le rebord inférieur droit du maxillaire inférieur, jusqu'à 1 centimètre du rebord gauche ; la langue était infiltrée dans son quart antérieur.

Il est probable que la cautérisation n'avait détruit qu'incomplètement l'épithélium glandulaire qui s'était ultérieurement transformé en un épithélioma atypique.

(J. Duvergey, *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux,* 14 avril 1907.)

H. D.

Comparaison entre la carie commençante et la carie pénétrante.

M. Fréderic B. Noyes, de Chicago, examine cette question. Il dit que certains patients sont particulièrement prédisposés à la carie et que celle-ci se manifeste alors avec énergie et persistance. En déterminant l'extension qu'exige la carie commençante, c'est le premier facteur à considérer et le plus difficile. Il faut tenir compte de l'hérédité relativement à la carie et du genre de vie mené par le patient.

Les conditions locales doivent être considérées ; elles comprennent : 1° la forme et les relations des dents entre elles. Pour toutes les cavités proximales, plus la dimension gingivo-occlusale est petite, plus l'extension nécessaire est grande. Plus la différence entre le diamètre gingival et le diamètre de contact est petit, plus l'extension doit être grande, bien qu'on puisse la remplacer par la séparation. Plus les surfaces de contact sont grandes, plus l'extension doit être grande ;

2° L'aspect de la surface attaquée. Avant d'excaver une carie commençante passer plusieurs fois sur la surface une bande moyennement

fine et étudier l'aspect avec soin. Plus cette surface est blanche, plus l'attaque est intense ; on peut donc croire que la zone d'attaque n'a pas encore toute son étendue et l'extension doit aller au delà du point d'attaque le plus éloigné. Si les lignes d'attaque sont brunes ou noires, l'extension peut simplement les comprendre et être relativement restreinte. Quant au degré de l'extension gingivale, l'âge est un facteur important, car la zone susceptible s'étend jusqu'au bord gingival avec l'âge.

Dans le traitement de la carie pénétrante, la position des parois de la cavité est déterminée par la force des tissus plutôt que par la continuité de la surface attaquée.

L'émail doit être coupé jusqu'à ce qu'on trouve de la dentine saine. Mais il faut se souvenir de quelques zones faibles. Quand la carie approche des lignes de développement, celles-ci doivent être enlevées.

(*Dental Review*, mai 1906.)

Quelques principes sur les fours.

M. E. Roach, de Chicago, a traité la question des fours électriques devant la Société odontographique de Chicago.

Ceux-ci ont sur les autres des avantages qui méritent d'être notés : la pureté de la chaleur, la possibilité de la régler, la propreté, l'absence de bruit et d'odeurs.

La chaleur est plus pure que dans tout autre genre de fours ; avec un moufle bien soigné, pas de danger de décoloration de la porcelaine la plus délicate.

La chaleur est plus aisément émise, arrêtée, augmentée ou diminuée.

Le réglage et l'arrêt automatique sont les caractéristiques du four électrique. Une machine donne toujours plus d'uniformité que la main de l'homme. Le réglage automatique est également excellent pour la vue, car il évite à l'œil la fatigue et la tension qu'exige la détermination de la fusion de la porcelaine. Enfin il assure la fermeture hermétique du fourneau et évite la déperdition de 5 à 15 o/o de chaleur qui a lieu quand une extrémité du moufle est fermée avec une porte de mica.

Il vaut mieux recouvrir les fils métalliques en les protégeant de tout contact avec ce qui peut être introduit dans les fours.

(*Dent. Rev.*, septembre 1906, p. 894.)

Ingestion de fausses dents.

Un matelot des bateaux à vapeur d'Ambleside (Angleterre) avala pendant son sommeil des fausses dents qu'il portait et semblait en danger d'asphyxie. Il fut transporté à l'hôpital d'Ulverston et les médecins déterminèrent la position qu'occupaient les fausses dents au moyen de la radiographie, un instrument fut enfoncé dans la gorge du sujet et celles-ci parvinrent à être enlevées. La totalité de l'opération ne dura pas plus de dix minutes.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

LE PROTÉOL EN ART DENTAIRE

Par P. VANEL,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

J'ai indiqué, il y a quelques mois, un nouveau médicament, le protéol de M. Doyen, combinaison de la caséine et de l'aldéhyde formique, pour le traitement des caries du quatrième degré. La dent une fois traitée, j'obture les canaux et la chambre pulpaire avec une pâte antiseptique faite avec ce produit. Si je reviens aujourd'hui sur cette question c'est pour rendre compte des essais que nous avons faits sur les malades du service de dentisterie opératoire de l'Ecole dentaire de Paris et également sur un certain nombre de mes malades particuliers. Nous voulons aussi faire connaître les quelques modifications que nous avons apportées au *modus faciendi* et qui rendent l'emploi de ce produit beaucoup plus aisé.

Toutes les fois que nous avons trouvé utile et rationnel d'obturer les canaux et la chambre pulpaire avec une pâte, nous avons employé le protéol et nous n'avons eu qu'à nous en louer (dans les cas de pulpite suppurée ou gangréneuse — dans les quatrièmes degrés simples sans écoulement — dans les quatrièmes degrés avec écoulement, avec ou sans fistules).

Sur une cinquantaine de cas, nous n'avons eu que deux insuccès ; dans tous les autres cas, aucun phénomène de réaction inflammatoire n'est apparu. Au début nous nous sommes servis du protéol ordinaire que l'on trouve dans le commerce ; en l'humectant d'alcool à 90°, cette poudre donnait une pâte très facile à sécher une fois en place, mais qui par contre offrait un gros inconvénient : elle était difficile à manier.

M. Doyen, qui s'est intéressé à nos recherches, et nous tenons à l'en remercier, m'a fait parvenir il y a quelque temps un protéol spécialement préparé pour les besoins dentaires ; ce dernier produit est une poudre extrêmement fine que l'on peut manier facilement. D'autre part pour faciliter encore la préparation de la pâte, j'ajoute actuellement à l'alcool une goutte ou deux d'eugénol. De telle sorte que maintenant avec la plus grande facilité j'obtiens une pâte à base d'aldéhyde formique, le meilleur des antiseptiques dentaires, pâte non irritante que l'on peut introduire commodément et en toute sécurité dans les canaux et la chambre pulpaire. En opérant de cette façon, le succès nous semble aisé à obtenir.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude expérimentale de la prothèse interne

(Travail du laboratoire de M. P. Sébileau). Thèse de doctorat, 1907.

Par M. Georges Lemerle.

Les méthodes prothétiques peuvent être rangées en trois grands groupes : 1° prothèse tardive ou médiate ; 2° prothèse immédiate provisoire ; 3° prothèse interne immédiate ou tardive.

C'est l'étude expérimentale de ce dernier mode de prothèse que notre sympathique confrère, M. Georges Lemerle, secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris, a choisi comme sujet pour sa thèse de doctorat en médecine.

La *prothèse interne*, dit-il, s'éloigne profondément des méthodes de prothèse tardive ou de prothèse immédiate provisoire.

Ces dernières ont pour but de remplacer des pertes de tissus, le plus souvent des portions de squelette, avec des appareils restant en communication avec l'extérieur.

La prothèse interne au contraire enfouit au sein des tissus vivants des appareils destinés à y demeurer définitivement pendant toute la vie du sujet.

Cette méthode se divise en deux systèmes dont la technique est bien différente :

1° La prothèse interne à l'aide d'appareils ;

2° La prothèse interne à l'aide de substances plastiques injectées dans les tissus ou foulées dans des cavités osseuses, normales ou pathologiques.

M. G. Lemerle réserve à cette dernière le nom de *prothèse plastique*.

La prothèse interne telle qu'elle est ainsi déterminée est de pratique assez récente et repose entièrement sur la tolérance des divers tissus de l'organisme pour les corps étrangers qui constituent l'appareil prothétique.

Nous avions nous-mêmes, dans notre thèse inaugurale, étudié d'après les travaux de Weiss, la tolérance des tissus pour les divers corps étrangers [1].

---

1. *M. Roy*, Contribution à l'étude de la prothèse immédiate et de la prothèse tardive dans les résections du maxillaire inférieur. Thèse de Paris, 1894.

M. G. Lemerle, dans sa thèse a repris ce sujet d'une façon très approfondie et, ce qui est particulièrement intéressant, s'est livré sur les animaux à des expériences des plus démonstratives.

Prenant les diverses substances qui peuvent être utilisées en prothèse interne, il a, par des expériences minutieuses, recherché le degré de tolérance du périoste et de l'os vis-à-vis de chacune d'elles, puis cette tolérance suivant la forme du corps étranger et suivant la mobilité de celui-ci.

Pour étudier la réaction du périoste et de l'os en présence de corps étrangers, l'auteur « a inclus chez des chiens des plaques en argent et caoutchouc vulcanisé dans une série d'expériences en variant les rapports des plaques avec le périoste de la façon suivante :

1° Plaque appliquée sur le périoste sans fixation ;

2° Plaque appliquée sur le périoste avec fixation à l'aide d'une ligature très serrée ;

3° Plaque appliquée sur l'os sans fixation, le périoste étant suturé par-dessus la plaque ;

4° Plaque appliquée sur l'os par une ligature très serrée, le périoste étant suturé par-dessus la plaque ».

Ayant sacrifié les animaux, une dizaine de mois après, l'auteur a fait une série de constatations qui lui ont permis de conclure que, pour tous les tissus, « la tolérance par l'organisme d'un appareil de prothèse interne est subordonnée avant toute autre condition à une asepsie rigoureuse.

» Toute tentative de prothèse manquant à cette règle est vouée à l'insuccès. C'est pourquoi il ne peut exister de prothèse interne ouverte, c'est-à-dire restant en communication avec l'extérieur, puisque l'infection est la conséquence immédiate d'une semblable disposition. Ce sont des fautes d'asepsie qui ont occasionné la plupart des insuccès rencontrés en prothèse ; ces fautes peuvent être relevées dans l'application de l'appareil ou dans la conception même qui a présidé à sa construction ».

En ce qui concerne plus particulièrement le périoste, celui-ci « offre la plus large tolérance pour les corps étrangers. Que ces derniers soient fixés par-dessus le périoste ou entre l'os dénudé de son périoste, il n'en résulte aucune conséquence trophique.

» Seuls des os plats, très minces, dénudés sur leurs deux faces et recouverts sur une surface assez étendue par un corps étranger fixé sur chacune d'elles, ont présenté au bout de plusieurs mois un certain amincissement.

» Il n'y a donc pas à craindre dans la pratique de provoquer des points de nécrose osseuse par l'application d'appareils prothétiques.

» Au point de vue pratique il nous semble également inutile de

dénuder un os de son périoste avant d'y fixer un appareil prothétique, non que cela soit dangereux si la dénudation ne s'étend pas sur une surface exagérée, mais parce que c'est du temps de perdu au cours de l'intervention ».

L'os est d'une tolérance également parfaite pour un corps étranger « à condition qu'il soit aseptique, absolument immobile et fixé par des moyens qui n'aient intéressé le tissu osseux que suivant des sections très nettes, sans écrasement.

» On doit donc se servir pour établir ses points de trépanation, de forets bien tranchants.

» C'est à ces conditions que l'on obtiendra l'ostéite condensante d'emblée à laquelle est subordonnée la parfaite fixation d'un appareil de prothèse interne ».

La nature de la substance constituant le corps étranger, si l'on considère seulement les substances employées habituellement en prothèse, ne présente pas d'importance notable, elles sont toutes également bien tolérées, l'argent toutefois jouirait d'une affinité particulière pour le tissu conjonctif ; suivant l'expression pittoresque de l'auteur : *il semble que ce métal soit aimé du tissu conjonctif.*

Le caoutchouc, quelle que soit sa composition, noir, rouge, rose, blanc, a été très bien toléré par les tissus et, après un séjour d'une dizaine de mois au sein de ceux-ci, aucune des plaques de cette substance ne présentait d'altération. Signalons incidemment à ce sujet que le fameux vermillon des caoutchoucs rouge et rose, qui a été considéré comme si nocif par certains auteurs, n'a pas, dans les expériences de M. G. Lemerle, déterminé le *moindre trouble* chez les animaux en expérience. C'est un argument expérimental de plus à l'appui de l'opinion de ceux qui soutiennent l'innocuité de cette substance en prothèse dentaire.

L'auteur a inclus dans les tissus des animaux en expériences un grand nombre de métaux, or, argent, platine, aluminium étain, fer, cuivre ainsi que des portions d'amalgame d'argent employé pour l'obturation des dents.

« Il résulte de ces expériences ce fait que tous les métaux que nous venons d'énumérer sont également bien tolérés par les tissus. Les uns restent inaltérables,les autres présentent des points d'oxydation mais toujours très légers et qui ne diminuent en aucune façon la tolérance.

» L'utilisation de l'argent pour la construction des appareils de prothèse interne mérite une attention toute spéciale. En effet, si tous les métaux dont nous avons parlé, ainsi que tous les caoutchoucs vulcanisés semblent bien tolérés, l'argent semble jouir de quelque chose de plus qu'une tolérance, il devient, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'objet d'une adoption en quelque sorte de la part du tissu au sein

duquel il est fixé. Le tissu cellulaire enveloppe de toutes parts, pénètre dans les moindres anfractuosités d'une plaque d'argent ; si cette dernière est percée de trous, des tracti cellulaires les traversent ; un objet en argent est épousé dans ses moindres détails par le tissu conjonctif, comme une éponge est imbibée par l'eau. Quand une plaque d'argent a séjourné plusieurs mois dans l'organisme d'un chien, lorsqu'on dissèque la région, on constate avec étonnement que le tissu conjonctif adhère à la surface du métal.

» Les autres métaux et les caoutchoucs vulcanisés, également bien tolérés, ne présentent pas cette particularité remarquable, le tissu conjonctif les entoure, mais moins étroitement et, s'il s'agit d'une plaque percée de trous, il ne les traverse pas. Seul l'argent jouit de ce privilège, et s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, il semble que ce métal est aimé du tissu conjonctif. »

Au sujet de la forme des corps étrangers, l'auteur conclut que les saillies et les arêtes vives d'un corps étranger ne nuisent en aucune façon à sa tolérance par les tissus. Toutefois il y aura intolérance : 1° si ces arêtes et saillies se trouvent en contact avec des tissus en voie de rétraction cicatricielle qui se couperont à leur contact ; 2° si elles se trouvent au contact de tissus mobiles, tendons par exemple ; 3° si le corps étranger est mobile. En ce qui concerne ce dernier point, l'auteur a constaté que « les corps étrangers mobiles, quelle que soit leur forme, émigrent selon les lois de la pesanteur en suivant les plans inclinés que leur fournissent les dispositions anatomiques de la région dans laquelle ils sont inclus ».

De ces diverses considérations, M. G. Lemerle conclut à la nécessité de la fixation rigoureuse des appareils de prothèse interne ce qui est une condition absolue de leur tolérance ; la forme du corps étranger n'a pas d'importance, si on ne rentre pas dans une des deux premières catégories, tissus en voie de rétraction cicatricielle ou tissus mobiles.

Etudiant les divers modes de fixation qui peuvent être employés, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« Le boulon constitue le meilleur moyen de fixation dont on puisse faire usage, mais il ne peut être employé que pour les os qu'il est possible de traverser de part en part. Pour la voûte du crâne par exemple le boulon n'est pas applicable.

» Dans ce cas, les coins rendront de grands services ; ils seront d'ailleurs suffisants pour obtenir une immobilisation rigoureuse des appareils. Dans cette région en effet, on n'a point, comme au niveau des membres, à lutter contre les mouvements du malade.

» La ligature ne doit être employée qu'en l'absence de tout outillage spécial et ne peut être considérée pour la fixation d'un appareil prothétique que comme un moyen de fortune.

» On évitera de se servir de vis et de griffe, parce qu'elles peuvent, pour les raisons que nous avons développées plus haut, déterminer parfois une zone d'ostéite raréfiante qui serait susceptible d'en entraîner l'élimination dans certains cas. »

L'auteur a étudié plus brièvement la *prothèse plastique* au sujet de laquelle il a fait cependant une expérience intéressante.

Chez un chien, il a ouvert le sinus frontal et l'a rempli d'amalgame d'argent. Cette opération a donné des résultats satisfaisants malgré la communication qui, normalement, devrait exister au niveau de l'infundibulum entre l'amalgame et les causes d'infection extérieures. M. G. Lemerle pense que cette tolérance s'explique par une oblitération cicatricielle de cet infundibulum. La chose n'est pas impossible, mais nous avouons pour notre part que, d'après notre expérience personnelle, la chose ne nous paraît pas probable et nous serions heureux de connaître les résultats un peu éloignés de cette intervention, le chien objet de l'expérience étant encore vivant ; nous serions surpris de ne pas voir l'infection se produire plus ou moins tardivement.

La thèse de M. G. Lemerle constitue, comme on le voit, une très importante étude expérimentale de la prothèse interne ; l'auteur a été très heureusement inspiré en cherchant à élucider par des expériences précises les différents problèmes concernant la tolérance des tissus pour les appareils de prothèse interne et les meilleurs modes de rétention de ceux-ci. C'est un travail qui sera lu avec intérêt par tous ceux qui s'occupent de prothèse chirurgicale et nous félicitons vivement notre confrère pour les recherches si consciencieuses qui font l'objet de sa thèse inaugurale.

MAURICE ROY.

Pathologie et clinique de l'enveloppe cérébrale.

Par M. R. ROYO VILLANOVA.

M. R. Royo Villanova, professeur de pathologie et de clinique médicale à la Faculté de médecine de Saragosse, vient de publier chez Emilio Casañal, éditeur dans cette ville, un volume de 468 pages intitulé *Pathologie et clinique de l'enveloppe cérébrale*.

L'auteur a réuni dans ce volume les leçons de son premier cours de pathologie et de clinique du système nerveux. Ces leçons, au nombre de 25, représentant autant de chapitres, portent sur la structure, l'anatomie, la physiologie, les symptômes, les causes, le cours des maladies de cette enveloppe, les lésions, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Quoique ce livre ne présente pas d'utilité pratique pour les chirur-

giens-dentistes, la lecture en est intéressante et instructive et nous ne pouvons que la recommander à ceux qui désirent se familiariser avec les affections nerveuses.

Cottrell's Dental Chronicle.

MM. Cottrell et Cie de Londres, fournisseurs pour dentistes, viennent de commencer la publication d'une revue dentaire trimestrielle, suivant en cela l'exemple de la maison Ash de Londres. Nous en avons reçu le premier numéro, paru en avril dernier.

Congrès dentaire de Marseille.

Nous avons reçu le compte rendu du Congrès dentaire de Marseille organisé par l'Association générale des dentistes du sud-est de la France et tenu à Marseille, du 26 au 30 juillet 1906. Ce compte rendu, publié par M. A. Chapot, secrétaire général, représente un volume de 228 pages.

Livres reçus.

Nous avons reçu une brochure de 12 pages en italien intitulée *Relazioni fra medicina e stomatologia* (Relations entre la médecine et la stomatologie), par le Dr R. Babibini, de Russie.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

DENTISTE. — ASSOCIATION ENTRE UN DIPLÔMÉ ET UN NON DIPLÔMÉ. — FONCTIONS DISTINCTES. — VALIDITÉ. — RÉSILIATION. — CLAUSE PÉNALE.

Cour d'appel de Rouen (2e Ch.) : 28 juillet 1906.

« La Société formée entre un chirurgien-dentiste et une personne non pourvue de diplôme, pour l'exploitation d'un cabinet dentaire, n'est nulle que si l'objet de l'association comporte la pratique, par chacun des associés, de toutes les opérations de dentisterie.

» Spécialement, est valable le contrat de participation passé entre un diplômé et un non diplômé, lorsqu'il est spécifié que chacun des associés se cantonnera dans ses attributions, à savoir, pour l'un, la pratique des opérations et les consultations ; pour l'autre, la confection des appareils.

» La nullité d'une convention de ce genre serait de nature à porter atteinte au libre exercice de la profession de mécanicien-dentiste.

» Lorsque, dans un contrat, les parties conviennent qu'en cas de rupture par le départ anticipé d'un des contractants, l'auteur de la rupture serait passible envers l'autre d'une indemnité forfaitaire, il n'y a pas lieu à application de cette stipulation (qui constitue une véritable clause pénale), lorsque l'une des parties forme contre l'autre une demande en nullité du contrat, cette demande fût-elle mal fondée.

» A plus forte raison doit-il en être ainsi, lorsque la demande paraît fondée sur de justes griefs. »

M. J..., chirurgien-dentiste, et M. L..., mécanicien-dentiste, non pourvus du diplôme, ont formé entre eux une association en participation pour l'exploitation d'un cabinet dentaire.

M. J... a assigné M. L... en nullité du contrat. De son côté M. L... a formé une demande reconventionnelle, en paiement d'un dédit de 50.000 francs, prévu par la convention.

A la date du 8 décembre 1905, le Tribunal de commerce de Rouen rendit le jugement suivant :

« Le Tribunal ;

» Attendu que J... demande au Tribunal de déclarer nulle, et en tous cas, dissoute, l'association en participation existant entre lui et L... et de nommer un liquidateur à la participation ;

» Attendu que, de son côté, L..., par conclusions reconventionnelles, contredit la nullité invoquée et déclare accepter la dissolution de la participation, ainsi que la nomination d'un liquidateur ; mais demande que la liquidation de la participation comme aussi du contrat de louage de service passé entre lui et J... pour en assurer l'exécution soit prononcée aux torts et griefs de ce dernier ; qu'il sollicite, en conséquence, contre ledit J... une condamnation équivalente au montant de la clause pénale fixée dans l'acte de société, soit 50.000 francs ;

» Attendu, en fait, que L... exerçait depuis plusieurs années la profession de mécanicien-dentiste dans le local même où s'est installé depuis le siège social ; que des rapports d'amitié existant entre lui et J... l'ont décidé à fournir à celui-ci les avances pécuniaires nécessaires pour suivre les études préparatoires au diplôme de chirurgien-dentiste ; que. ce diplôme une fois obtenu, l'association présentement en cause fut formée le 20 janvier 1904, dans le but d'accroître l'importance du cabinet exploité jusque-là par le seul L... ;

» Attendu que le contrat qui a constitué cette association revêt la forme d'un contrat de participation pour assurer l'exécution duquel les parties ont déclaré « former entre elles, réciproquement au bénéfice » de chacune d'elles, un contrat de louage de service » ;

» Attendu que ce contrat, corollaire de louage de services, insolite en matière d'association, implique le principe d'une distinction dans les attributions des associés, distinction d'ailleurs confirmée explicitement par les cartes au moyen desquelles « l'Institut Odontologique » (dénomination de l'association) fit appel à la clientèle ; qu'on lit en effet sur ces cartes, d'une part : « E. J..., chirurgien-dentiste », et d'autre part : « L..., mécanicien-dentiste » ; que cette précision dans l'indication révélait suffisamment que l'un, J..., pratiquait les soins et opérations relevant de la dentisterie, tandis que l'autre, L..., se limitait à la préparation des pièces dentaires ;

» Attendu, toutefois, que J... prétend faire décider aujourd'hui qu'une telle association est nulle comme faite en violation de la loi du 30 novembre 1892, de laquelle il résulterait l'interdiction de toute association entre un dentiste diplômé et un non diplômé ;

» Attendu que J... invoque à l'appui de son système l'autorité d'un arrêt de cassation du 19 novembre 1895 ; mais que ledit arrêt, après avoir énoncé qu'en la matière les constatations de fait sont souveraines, constate que l'appelant, sur le cas duquel la Cour suprême était appelée à statuer, faisait non seulement les travaux concernant la prothèse dentaire, mais aussi des opérations de dentisterie ; qu'en la présente espèce, au contraire, la même infraction, c'est-à-dire l'exercice illégal de la profession de dentiste, bien que relevée par J... contre L..., ne peut être sérieusement reprochée à celui-ci ; qu'en effet ce dernier, traduit en police correctionnelle sur requête du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France sous la double inculpation d'usurpation du titre de chirurgien-dentiste et d'exercice illégal de la profession, fut relaxé de cette dernière poursuite, la première inculpation seule ayant été retenue contre lui ; qu'il fut même spécifié, au cours desdites poursuites, que l'exercice illégal de l'art dentaire ne pouvait résulter que de la pratique habituelle des opérations, alors que deux faits isolés étaient seuls relevés contre L... ;

» Attendu, il est vrai, que J... représente que, depuis cette poursuite, L... a repris la pratique de ces opérations illicites ; qu'il cite à cet effet le cas de quelques malades, s'appointant à les faire entendre en qualité de témoins, dans une instruction qu'il sollicite ;

» Mais attendu que les cas signalés par J... sont suffisamment restreints comme nombre eu égard à l'importance relative d'un cabinet

suivi assidûment par la clientèle pour ne point permettre d'appliquer aux infractions le caractère d'une habitude; que, faute de pouvoir retenir ce caractère d'habitude dans les opérations incriminées, l'errement d'instruction sollicité doit être rejeté comme inopérant;

» Attendu que l'argument tiré de mentions d'opérations inscrites sur un agenda de la main même de L... ne saurait entraîner la décision du Tribunal, le fait d'avoir inscrit ces opérations sur un livre de comptabilité de la Société n'établissant pas nécessairement que c'est L... qui les a pratiquées personnellement;

» Attendu que, dans ces conditions, l'articulation d'exercice illégal doit être écartée comme dénuée de fondement; qu'il n'y a point davantage lieu d'appliquer la jurisprudence invoquée à tort par J...;

» Que le Tribunal se trouve en présence, ainsi qu'il ressort du contrat ci-dessus analysé, d'un chirurgien-dentiste ayant traité avec un mécanicien-dentiste, en vue de réunir dans un même local l'exercice de leurs professions respectives, mais sans les confondre; que la loi du 30 novembre 1892 n'a pu viser l'interdiction d'une association de ce genre, interdiction qui aurait pour effet d'entraver le libre exercice de la profession de mécanicien-dentiste; que la nullité du contrat dont s'agit ne saurait pour cette raison être prononcée, ainsi que le demande J...;

» Attendu, toutefois, que la résiliation demandée par chacune des deux parties doit être déclarée et qu'en raison de l'attitude de J..., laquelle, affirmée par l'instance même dont le Tribunal est saisi, constitue la rupture des conventions prévues à l'article 5 du contrat, cette résiliation doit être prononcée aux torts et griefs de J...;

» Attendu que les parties ayant d'un commun accord fixé elles-mêmes à 50.000 francs l'indemnité forfaitaire de rupture, il échet en conséquence de condamner J... au paiement de ladite somme au profi de L...;

» Par ces motifs;

» Déclare J... mal fondé dans ses demandes, fins et conclusions tant principales que subsidiaires, l'en déboute;

» Et recevant L... reconventionnellement demandeur, déclare résilié aux torts et griefs de J... le contrat du 20 janvier 1904; en conséquence nomme Me Marcadé, agréé, liquidateur de la Société en participation ayant existé entre J... et L..., etc. »

Sur appel, la Cour, après avoir entendu Me *Métayer* pour M. J..., appelant, et Me *Lackenbacher* (du barreau de Paris), pour M. L..., intimé, a rendu l'arrêt partiellement infirmatif ainsi conçu:

« La Cour;

» En ce qui touche la demande en nullité de l'association en participation formée entre J... et L...;

» Attendu que cette association a été formée dans des conditions tout à fait régulières, que son but, qui était la gestion et l'exploitation d'un cabinet dentaire, n'avait rien d'illicite et était à l'abri de tout reproche;

» Que les deux parties contractantes étaient bien qualifiées pour satisfaire à ce but, puisque l'une d'elles, J..., était munie du diplôme de

chirurgien-dentiste et comme telle habituée à donner tous les soins nécessaires à la bouche, et l'autre, L..., était mécanicien-dentiste, c'est-à-dire parfaitement apte à confectionner les pièces dentaires dont les clients pourraient avoir besoin ;

» Que la circonstance que L... aurait anticipé sur les attributions de J... en donnant lui-même des soins aux clients ne saurait être considérée comme une cause de nullité d'une association qui avait été au début régulièrement constituée ; qu'à ce point de vue la demande de J... n'est pas fondée ;

» En ce qui touche la demande à fin de dissolution de l'association :

» Attendu que les parties sont d'accord pour reconnaître que la dissolution est devenue nécessaire et pour la demander, qu'il y a lieu de faire droit à leur demande ;

» En ce qui touche l'application de la clause pénale :

» Attendu que les premiers juges, se basant sur ce que J..., en introduisant une instance en nullité ou en dissolution, aurait rompu la convention, ont condamné ce dernier à payer à L... la somme de 50.000 francs, montant de la clause pénale prévue au contrat d'association en cas de rupture par une des parties ;

» Attendu qu'il a en effet été stipulé au contrat d'association qu'en cas de rupture des conventions par le départ anticipé d'un des contractants, celui qui manquerait à ses engagements serait passible envers l'autre d'une indemnité forfaitaire de 50.000 francs ;

» Mais attendu que le fait d'introduire une action en justice à fin de nullité ou de dissolution d'une association ne saurait à aucun point de vue être considéré comme une rupture de conventions ; que ce n'est en somme que l'exercice d'un droit appartenant à toute personne qui croit avoir des raisons de se considérer comme lésée ;

» Qu'une demande de cette nature, même si elle était dénuée de tout fondement, ne pourrait pas être considérée comme ayant un caractère de rupture, puisqu'il serait toujours loisible à celui qui l'aurait formée de continuer, après avoir échoué en justice, son concours à l'association ; mais qu'elle peut bien moins encore présenter ce caractère lorsqu'elle apparaît basée sur des raisons sérieuses ;

» Attendu qu'il faut reconnaître que dans l'espèce J... avait de justes griefs à faire valoir contre L... ; qu'il est constant que ce dernier, ne se contentant pas d'exploiter sa profession de mécanicien, a plusieurs fois contrevenu aux lois sur l'exercice de l'art dentaire en donnant des soins aux clients ;

» Qu'ayant à répondre une première fois en 1905 à une poursuite dirigée contre lui pour exercice illégal de l'art dentaire, poursuite dans laquelle J... a été impliqué comme complice, il a été acquitté de ce chef à la date du 3 juin 1905, mais que cet acquittement est intervenu non point parce que le fait a été reconnu inexact, mais parce qu'il ne présentait pas le caractère d'habitude.

» Que, poursuivi une seconde fois en 1906 pour le même motif à la requête du Syndicat des dentistes de Paris, il a encore été acquitté parce que les faits ne présentaient pas non plus le caractère d'habitude ;

mais qu'il résulte des notes d'audience qui ont été recueillies par le Tribunal, et dont communication a été faite à la Cour, qu'il s'était livré depuis la poursuite précédente à des actes d'exercice illégal de l'art dentaire, notamment à des extractions de dents;

» Attendu qu'on ne saurait méconnaître que dans ces conditions J... était en droit d'avoir de justes appréhensions ; que non seulement il pouvait craindre que les intérêts de l'association ne fussent sérieusement compromis par les agissements de L..., mais qu'il pouvait encore redouter pour lui-même d'être impliqué comme complice ainsi qu'il l'avait été en 1905, dans des poursuites dont les conséquences lui apparaissaient tout au moins comme fâcheuses ;

» Qu'aucun reproche ne peut lui être fait pour s'être, dans ces conditions, adressé à la justice à l'effet de mettre un terme à une situation qui devenait inquiétante pour lui ; qu'il doit donc être déchargé de la condamnation en 50,000 francs qui a été prononcée contre lui ;

» Par ces motifs.

» Déclare J... mal fondé dans sa demande en nullité d'association, l'en déboute ; déclare dissoute sans dommages-intérêts, la Société en participation formée entre J... et L... à la date du 20 janvier 1904, etc., etc. »

Observations. — La jurisprudence a eu souvent à s'occuper des sociétés constituées en vue d'un objet illicite. Voir notamment : C. de Limoges, 18 août 1879 (Dalloz, 1880.2.131) ; Trib. comm. Seine, 8 décembre 1887 (Dall., *Jur. gén. suppl.*, v° *Sociétés*, n° 89) ; C. de cassation, 14 mai 1888 (Dall., 1888.1.205) ; C. de Rouen, 24 décembre 1901 (Dall., 1902.2.397) ; C. de cassation (Ch. req.), 24 novembre 1902 (Dall., 1903.1.80).

En ce qui concerne plus spécialement l'association entre un dentiste diplômé et un mécanicien non diplômé, on peut consulter : C. de cassation, 19 novembre 1895 (Sirey, 1897.1.172) ; C. de Nancy, 12 mai 1897 (Sir., 1898.2.205). Toutes ces décisions ont prononcé la nullité, mais en prenant soin de relever cette circonstance que l'objet de la Société comportait : « Toutes les opérations de dentisterie ». L'arrêt rapporté n'est donc point en contradiction avec cette jurisprudence. Voir, dans une espèce analogue, et dans le même sens : Trib. comm. Seine, · décembre 1899 (*Le Droit* du 24 janvier 1900).

En ce qui concerne l'application de la clause pénale, l'arrêt rapporté a statué en fait. En décidant que la clause n'était pas applicable, alors même que la demande de dissolution n'eût pas été fondée, il paraît se mettre en contradiction avec la jurisprudence de la Cour suprême : C. de cassation, 6 août 1866 (Dall., 1866.1.373) et, sur renvoi, C. de Rouen, 23 janvier 1867 (Dall., 1867.2.212).

Sur la situation des mécaniciens-dentistes, dont la profession a été formellement reconnue licite par le législateur, consulter les travaux préparatoires de la loi du 30 novembre 1892 (Sir., 1893, p. 500, 1re col., n° 41).

VARIA

Thérapeutique coprologique.

La matière médicale a employé les substances les plus disparates, mais on ne se doutait guère du degré où les Coréens ont poussé la thérapeutique coprologique. Le *Bulletin de Thérapeutique* donne, d'après un médecien japonais, le Dr Suzuki Maujiro, de curieux renseignements.

Dans la composition de toute médecine coréenne, il entre toujours, soit de l'urine, soit des matières fécales. Aussi, enduit-on d'urine les matières médicinales que l'on veut sécher. De même qu'avant de les griller les plonge-t-on dans l'urine. Seules, la carrotte et les cornes de cerf, qui sont aussi employées comme médicaments, sont exemptes de cette méthode de préparation traditionnelle. Toutes les autres matières, que ce soient des plantes ou des racines d'arbres, sont trempées dans l'urine avant d'être employées. On fait de l'urine le même usage que nous faisons, nous autres, de l'alcool et de l'eau. Ce n'est pas tout. On va jusqu'à employer l'urine même. Particulièrement efficace, paraît-il, est l'urine contre les maladies d'estomac. Aussi en fait-on boire aux personnes souffrantes ! Pour ce qui concerne l'emploi de l'urine pour l'usage externe, c'est seulement pour les blessures provenant de coups et de heurts que les Coréens s'en servent. Pour les blessures provenant d'instruments tranchants, les Coréens ne l'emploient pas.

Lorsque, par exemple, une foulure se produit, le médecin coréen jette des poissons séchés dans l'urine ; il en fait une sorte de pâte qu'il applique contre la plaie. On se sert encore de l'urine pour laver le visage, car ce liquide a la réputation de rendre le visage joli. Aussi ce sont les gueshas coréennes (danseuses) qui se montrent le plus acharnées dans son emploi.

Si l'on me demande ensuite quels usages l'on fait en Corée des matières fécales, voici ce que je pourrai répondre : on en fait la base d'un breuvage qui sert à guérir les blessures. C'est évidemment une chose peu plaisante à raconter, que la manière de préparer ce breuvage : toutefois elle est suffisamment intéressante pour la faire connaître. On enveloppe les matières fécales dans des morceaux d'étoffes très propres ; puis on dépose ces paquets dans de l'alcool. Après une nuit, on obtient ainsi une teinture. C'est contre les blessures provenant de coups et de heurts que l'on emploie ce breuvage.

Lorsqu'on voyage en Corée, on voit communément l'urine et les matières fécales former des ruisseaux qui coulent par la campagne. Les ménagères y lavent leur linge et elles y nettoient leurs ustensiles de cuisine. Evidemment, les Coréens ne trouvent pas l'urine et les

matières fécales choses dégoûtantes ; ils les considèrent comme des médicaments ; or, qu'y a-t-il de répugnant de laver son linge et faire sa vaisselle dans une eau médicinale ? C'est tout simplement le raisonnement qu'ils se font.

En pénétrant encore plus dans l'intimité de la vie coréenne, j'ai pu constater encore des choses plus curieuses.

Ainsi, la recette populaire pour se conserver les dents fort blanches et vierges de la carie est encore de recourir à l'urine. On s'en rince la bouche. Ce n'est pas dans son jeune âge que l'on emploie cet étrange procédé, mais plutôt quand arrive la vieillesse et que les dents commencent à se gâter. Lorsque le vieillard va aux lieux d'aisances, il recueille son urine, puis s'en rince la bouche pour se laver les dents. A trois reprises différentes, il recommence cette opération, la durée allant en augmentant au fur et à mesure.

Hasardez-vous à faire une ballade à la campagne coréenne et regardez autour de vous. Vous y verrez des vieillards marchant gravement avec une gourde suspendue à la ceinture. Les Japonais, comme les Chinois, mettent dans cette gourde leur boisson alcoolique (le saké) ; les Coréens, eux, portent de l'urine dans leur gourde.

Enfin, lorsque l'estomac se porte très mal, le patient avale tout simplement les matières fécales qui avaient été enveloppées dans les morceaux d'étoffes. Dans les familles mêmes très aisées, on emploie constamment comme médicament l'urine des enfants ; cette urine a nom de tong-peng. (*La Médecine pratique.*)

Miroir odonscopique de M. Marmont, dentiste.

Bibliothèque physico-économique de 1808.

M. Marmont vient de faire une application ingénieuse des lois de l'optique au perfectionnement de son art.

Il a fait construire un petit miroir d'une forme semi-lunaire supporté par une tige, terminé par deux petites boules, ce qui permet de le porter dans la bouche en tous sens, et de lui donner toutes sortes d'inclinaisons. En plaçant convenablement ce miroir, il donne la facilité de voir l'intérieur de la bouche, des dents et des arcades alvéolaires, tant de la supérieure que de l'inférieure, au moyen d'une petite glace que l'on place au-devant de la bouche et qui répète les effets du miroir.

Cet instrument, quoique simple en apparence, ne laisse pas que d'être utile, tant pour les soins de propreté journalière que pour l'usage de la médecine. Il met à même de connaître les plus petites taches qui peuvent se trouver à la partie interne des dents et de prévenir leur extraction lorsqu'elles sont saines, ce qui ne se voit que trop souvent dans la pratique de l'art du dentiste.

CORRESPONDANCE

Notre directeur M. Godon a reçu la lettre suivante :

Paris, le 2 octobre 1907.

Mon cher confrère,

Je vois dans *L'Odontologie* du 15 août, compte rendu du Congrès de l'Avancement des Sciences à Reims, que l'art dentaire pourrait employer les ions cocaïne, zinc. — Je regrette qu'un représentant de l'Ecole dentaire de Paris ne se soit pas trouvé là pour y rappeler l'enseignement de l'ionisation, de la photothérapie, de la haute fréquence appliquées à l'art dentaire et que j'y fis deux ans. Rappellerai-je que c'est à un dentiste connu, M. Foulon, de Chartres, que je dus de voir dès 1892 appliquée à l'insensibilisation dentaire, l'électrolyse médicamenteuse de la cocaïne que j'avais publiée en 1890 ? Je différenciai l'isolement et l'action électrolytique de la cataphorèse anciennement connue, pour en faire une méthode nouvelle et générale, au mot près, l'ionisation d'aujourd'hui. Les dentistes n'ignorent donc pas cette vieille... nouveauté !

Mon cours à l'Ecole dentaire a paru, préfacé par vous, sous le titre d'*Electrothérapie dentaire* chez Maloine en septembre 1903. L'action analgésique de l'ioncocaïne ou morphine, de la lumière ultra-violette, et même du radium alors inconnu du public, y figurent tout au long ; d'autres ions et les vieilles lois de Faraday appliquées à la médecine et à l'art dentaire y ont aussi leur place.

Confiant en votre équité, pour voir paraître ces quelques lignes dans *L'Odontologie,* je suis, mon cher confrère, votre cordial,

Dr Foveau de Courmelles.

Cette question de l'ionisation a fait l'objet au Congrès de l'A.F.A.S. d'une longue discussion à laquelle plusieurs membres ont pris part, mais le procès-verbal in extenso du Congrès n'a pas encore été publié ; il le sera ultérieurement. Francis Jean.

M. Pinèdre, secrétaire général du Congrès de Bordeaux, nous a adressé une longue lettre au sujet du compte rendu de ce Congrès publié dans notre numéro du 15-30 août dernier.

La teneur de cette lettre ne nous permet pas de la publier, d'autant qu'elle met des tiers en cause. Néanmoins nous sommes heureux de constater que les organisateurs de ce Congrès tiennent à faire ressortir dans cette lettre qu'ils n'étaient mus par aucune idée de concurrence envers le Congrès de l'A. F. A. S., ce dont nous leur donnons acte bien volontiers. Pour le surplus de cette lettre, une nouvelle polémique nous paraîtrait tout à fait inopportune, car nous avons rapporté des récents Congrès l'impression que l'union des odontologistes est plus que jamais nécessaire et nous espérons que cet exemple sera suivi. *La Rédaction.*

NÉCROLOGIE

Dr MICHEL STERPENICH

Le corps dentaire belge vient de faire une grande perte en la personne du Dr Sterpenich, de Bruxelles. Il vient de s'éteindre, à peine âgé de 50 ans, après une carrière bien remplie. Après avoir terminé ses études médicales, il devint élève à l'Ecole dentaire de Paris, où, après un stage sérieux, il rentra en Belgique pour exercer son art à Liège. Son séjour dans cette dernière ville fut de courte durée, car, voulant avoir un horizon plus étendu, il alla se fixer à Bruxelles. Sa réputation d'opérateur habile s'établit très vite et la clientèle afflua de tous les points de la Belgique.

Michel Sterpenich était toujours à la tâche et il passait ses moments de loisir à suivre les Congrès et les réunions professionnelles. Un travail si continu l'obligea bientôt à un repos forcé. Il dut cesser tout travail, il y a quelques mois, mais les conséquences de ce long surmenage l'enlevèrent à l'affection des siens et de ses amis le 12 septembre, à l'âge de 50 ans.

Il était épris de son art qu'il voulait connaître à fond. Il faisait partie de nombreuses sociétés savantes et professionnelles, et le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris le comptait parmi ses membres.

Ses confrères voulurent à diverses reprises l'appeler à des honneurs, que sa modestie le força à décliner. Il disparaît regretté et aimé de tous ceux qui l'ont connu et approché.

MESSIAN.

NOUVELLES

Conseil supérieur de la Mutualité.

L'élection du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité a eu lieu le 13 de ce mois. Cette élection est faite, comme on sait, par des délégués des divers Syndicats.

L'Association générale des dentistes de France avait droit, d'après le nombre de ses membres, à 7 délégués. Le Bureau a désigné à cet effet MM. Godon, Francis Jean, d'Argent, G. Fouques, Lalement (de Paris), G. Viau, Blatter.

Congrès de médecine.

Le Congrès français de médecine s'est tenu à Paris sous la présidence de M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine, les 14, 15 et 16 octobre, à la Faculté de médecine.

L'Ecole dentaire de Paris y était représentée par son Directeur.

Mariage.

Le mariage de notre confrère M. Georges Tournade avec Mlle Fatma Goguel a eu lieu le 5 de ce mois.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

École dentaire de Paris.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 15 juillet dernier l'ouverture des concours suivants :

1	concours pour	1 place	de prof. suppl. de	clinique dentaire.
1	—	—	—	prothèse.
1	—	2 places	—	dentisterie opératoire.
1	—	1 place	—	pathologie dentaire.

Le Conseil de direction a décidé, dans sa séance du 8 de ce mois, que ces concours commenceront le dimanche 10 novembre.

Dans la même séance, MM. Rozenberg et Vanel ont été nommés démonstrateurs journaliers ; M. Carré a été nommé démonstrateur hebdomadaire après un stage de trois mois.

Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Une assemblée générale extraordinaire de l'Association générale des dentistes de France aura lieu le samedi 26 octobre 1907, à 8 h. 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Elle sera suivie d'une assemblée générale extraordinaire de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris qui aura lieu le même jour à 9 h. 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

ORDRE DU JOUR :

1° Modification des statuts et règlements pour l'union intime des deux Sociétés (Rapport de M. Francis Jean);

2° Réformes et orientation professionnelle (Rapport de MM. Roy et Georges Villain):

3° Services dentaires dans l'armée. Projet de vœu de MM. André, d'Argent, Blatter, Godon, Pailliottin, Georges Robin, Rousset, Vanel, etc.

Une réunion plénière spéciale de l'Association générale des dentistes de France et de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris se tiendra après la réunion extraordinaire de chaque Société pour discuter et adopter, s'il y a lieu, le rapport de MM. Roy et Villain sur les réformes dentaires et le projet de vœu sur les services dentaires dans l'armée, la première question seule étant discutée en séance spéciale de chaque Société.

Dans le cas où la discussion de ces questions, dont les deux premières sont à l'ordre du jour à la demande de l'assemblée générale d'avril, ne pourrait pas être épuisée, la discussion serait reprise à une nouvelle assemblée générale extraordinaire, qui aurait lieu le *samedi suivant* 2 *novembre,* dans le même local sans nouvelle convocation à 8 *h.* 1/2 *du soir.*

Les rapports seront envoyés aux membres de l'Association et de la Société de l'Ecole, le 1er en même temps que la convocation, les deux autres quelques jours après. Prière de les réclamer au Secrétariat en cas de non distribution.

Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de démonstrations pratiques aura lieu le dimanche 27 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Ecole dentaire de Paris.

ORDRE DU JOUR :

1° *Méthodes diverses de fabrication des inlays en or,* par MM. Platschick, G. Villain, Lemière, Solbrig ;

2° *Anesthésie au protoxyde d'azote*, par M. Staviski ;

3° *Insensibilisation de la denture par les injections sous-muqueuses*, par M. Touchard.

Nomination.

M. Paulme s'étant vu pour raison de santé obligé de cesser ses fonctions de chef de clinique, le Conseil de direction, reconnaissant des services qu'il a rendus à l'enseignement et à l'Ecole dentaire de Paris, l'a nommé chef de clinique honoraire dans sa séance du 8 de ce mois.

L'hygiène dentaire dans l'armée.

Le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre vient de publier une circulaire relative à l'hygiène dentaire dans l'armée :

« L'hygiène moderne a démontré l'importance que l'on doit donner aux soins de la bouche et des dents. Jusqu'ici cette question fut secondaire dans l'armée et cependant les journées d'indisponibilité pour cette cause atteignent un chiffre élevé. En 1903, notamment, il y eut 1.845 soldats hospitalisés sur 18.639 journées de traitement. De plus, ces affections nécessitent souvent une intervention chirurgicale sérieuse alors que ces complications pourraient être évitées par une surveillance attentive et par des soins donnés en temps opportun.

» En conséquence, il sera donné au Val-de-Grâce un enseignement de la stomatologie par un *médecin-major pourvu du diplôme de chirurgien-dentiste*.

» D'autre part, les dispositions suivantes seront appliquées dans les corps de troupes.

» Au moment de l'incorporation, les médecins examineront la bouche et les dents de chaque soldat et mentionneront leurs constatations sur une fiche appelée « fiche dentaire » qui sera tenue à jour tous les trois mois. On profitera pour ces examens des visites de santé et des pesées périodiques. »

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris et le Bureau de l'Association générale des dentistes de France, apprenant ce projet de création d'un service dentaire dans l'armée, a adopté un vœu qui sera soumis à l'assemblée générale du 26 octobre annoncée d'autre part.

27e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES KYSTES PARADENTAIRES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Par P. JACQUES,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les tumeurs épithéliales bénignes d'origine alvéolo-dentaires et, spécialement, les kystes constituent un chapitre un peu délaissé de la pathologie humaine. Les grands traités de chirurgie leur consacrent à peine quelques pages, où une documentation imparfaite laisse place à d'incontestables erreurs ; les ouvrages d'odontologie résument le plus souvent, sans les discuter, les articles des classiques médicaux.

Et pourtant il s'agit d'affections que leur grande fréquence relative, sinon leur effective gravité, devrait placer au nombre des altérations organiques, dont il n'est permis à aucun médecin d'ignorer les signes et le traitement. Or, combien de nos confrères savent actuellement distinguer un kyste fermé d'une vulgaire fluxion, un kyste fistulisé d'une sinusite maxillaire ?

Il n'est pas douteux pour moi que la cause doit en être recherchée bien moins dans l'indéniable obscurité de la symptomatologie que dans l'incertitude du classement des maladies chirurgicales du périodonte. Nés en plein domaine odontologique — si bien qu'une simple avulsion dentaire en résume au début toute la thérapeutique — les kystes, à

mesure qu'ils se développent, quittent bientôt la région alvéolaire pour se creuser une loge aux dépens de l'antre d'Highmore, de la voûte palatine, de la face externe du maxillaire. Mais, avant d'avoir définitivement pris parti et s'être orientés vers le nez, la bouche ou la joue, ces tumeurs végètent longtemps au sein d'un territoire contesté, sis aux confins des domaines du dentiste, du rhinologiste et du chirurgien. De là une sorte de responsabilité atténuée, partant quelque insouciance, de la part des divers médecins intéressés. La conséquence toute naturelle en est qu'un diagnostic presque toujours tardif entraîne l'obligation d'une exérèse étendue et souvent défigurante.

Une expérience assez longue de la chirurgie de la face et des sinus m'a permis d'étudier de plus près l'anatomie pathologique et la symptomatologie des kystes odontogènes du maxillaire supérieur. Je lui dois aussi d'avoir pu simplifier la cure opératoire classique suivant un principe que j'ai fait connaître au Congrès français de chirurgie en 1902, ainsi que dans les thèses inaugurales de mes élèves Scharff, Bichaton et Sordoillet.

*
* *

J'estime qu'il faut entendre par « kystes paradentaires » des tumeurs liquides développées dans l'épaisseur du maxillaire, en rapport constant avec une dent ou un alvéole déshabité, formée d'une poche fibreuse, tapissée d'épithélium malpighien plus ou moins modifié dans le sens adamantin, et remplie d'un liquide citrin ou purulent, jamais muqueux, toujours chargé de cholestérine quand le kyste est fermé. L'absence de cloisonnement à leur intérieur les a fait dénommer « uniloculaires » par Heydenreich, par opposition aux tumeurs polykystiques relativement rares et de valeur différente, qu'on a également signalées dans les mâchoires. Nous admettrons provisoirement qu'elles résultent d'une prolifération irritative accidentelle des résidus épithéliaux inutilisés de l'organe embryonnaire de l'émail (Malassez), le cadre essentiellement clinique de cette étude ne nous

permettant pas de discuter ici la question, pourtant si intéressante, de la pathogénie.

Les kystes paradentaires ne diffèrent des fongosités radiculaires et des kystes appendiculaires que par une question de degré et non de nature. Extraites avec la dent par le davier ou extirpées à la gouge du sein du maxillaire évidé, ces productions ne doivent être envisagées ni comme de simples proliférations inflammatoires, ni comme de véritables épithéliomas. Le revêtement épithélial caractéristique qui les tapisse intérieurement les isole des hypertrophies conjonctives, suites d'infection prolongée. Leur évolution lente, leur limitation précise, leur tendance nulle à l'envahissement et à l'infiltration des tissus ambiants en font des néoplasies essentiellement bénignes : je doute, en effet, que les craintes exprimées par certains chirurgiens au sujet de leur transformation maligne reposent sur aucun fait dûment constaté.

En qualité de tumeurs bénignes, les kystes paradentaires n'intéressent que la région même où ils sont développés : ils menacent le maxillaire d'une usure progressive et sournoise, toujours beaucoup plus étendue qu'il ne semblerait résulter des déformations extérieurement appréciables. La loi de leur évolution est celle de la moindre résistance : tout dépend des obstacles mécaniques qu'ils rencontrent en grandissant : les racines dentaires, les lames osseuses compactes arrêtent, retardent ou dévient leur développement. Suivant qu'ils naissent à la face palatine ou au côté jugal, ou encore à l'apex même d'une racine, leur saillie s'accuse vers la voûte de la bouche, vers la lèvre ou la joue, vers le sinus ou le plancher nasal. Le raphé médian du maxillaire n'apporte aucune entrave à leur expansion, et bien des fois j'ai vu de ces tumeurs, parties des incisives latérales, franchir la ligne médiane et la dépasser de 15 et 20 millimètres au sein du tissu spongieux sous-nasal.

Il m'a paru que les kystes paradentaires naissent indifféremment de toutes les dents du maxillaire supérieur (ma statistique personnelle comporte une quarantaine de cas)

dans la proportion à peu près où celles-ci se montrent atteintes de carie pénétrante.

Il convient, au point de vue séméiologique et diagnostique, de distinguer dans leur évolution divers stades :

1° Un stade latent, période assurément très longue, mais indéterminée, où la poche périradiculaire se creuse silencieusement une loge dans le tissu spongieux du rempart alvéolaire sans intéresser encore aucune des limitantes compactes du maxillaire vers les cavités buccale, vestibulaire ou nasale, accessibles à l'exploration clinique ;

2° Un stade de déformation caractérisée par un soulèvement localisé de la coque maxillaire amincie.

A l'un ou l'autre stade le kyste peut s'offrir à l'exploration sous deux états bien distincts : fermé ou ouvert, ou bien, ce qui souvent revient au même, avec un contenu séreux ou un contenu purulent.

Les kystes fermés renferment à l'ordinaire un liquide assez comparable à celui des tumeurs ovariques : jaune verdâtre, fluide, non muqueux, un peu louche, renfermant en suspension de nombreuses paillettes de cholestérine semblables à de minuscules écailles de poissons et faciles à identifier au microscope par leur forme parallélogrammatique régulière. Dans deux cas, j'ai fait pratiquer l'examen bactériologique du liquide kystique recueilli aseptiquement; il a été trouvé entièrement stérile. Une autre fois il contenait de petits grains verts centrant des flocons d'aspect muqueux ; mon ami, M. Thiry, chef du laboratoire de bactériologie de clinique, y a décelé une variété colorée d'actinomyces. Exceptionnellement, les kystes fermés peuvent présenter un contenu puriforme : je l'ai observé une seule fois, et j'estime qu'il s'agissait d'une occlusion secondaire après ouverture accidentelle ; l'infection offre alors des caractères très atténués. En somme, il semble bien que la prolifération des résidus épithéliaux périradiculaires doive être considérée comme la conséquence d'une irritation prolongée de voisinage (pulpite septique), mais non d'une infection du périodonte lui-même.

L'ouverture du kyste succède constamment à un traumatisme opératoire : habituellement à l'extraction de la racine à laquelle il adhère et que son volume excessif et ses adhérences étendues ne lui permettent pas de suivre ; exceptionnellement à une incision intempestive de la tumeur gingivale prise pour un abcès.

Dans les deux cas, cette ouverture est immédiatement suivie d'un écoulement plus ou moins copieux de liquide séreux, souvent masqué il est vrai par l'hémorragie concomitante. Parfois, — et cela surtout en cas d'incision — la poche se referme après affaissement partiel, pour se distendre d'ailleurs bientôt derechef. Le plus souvent, l'ouverture demeure béante au fond de l'alvéole et les hôtes microbiens multiples de la cavité buccale ont tôt fait de transformer en abcès chronique fistulisé le kyste primitivement séreux (Remarquons tout de suite que cette transformation ne saurait aucunement équivaloir à une guérison : le puissant revêtement épithélial de la poche radiculaire résiste dans ses parties profondes à la desquamation inflammatoire et s'oppose à la guérison spontanée par bourgeonnement et occlusion secondaire). L'écoulement purulent intermittent qui en résulte peut encore passer inaperçu des malades insouciants ; il ne s'agit pas en effet, du moins à l'ordinaire, d'inflammation violente et de suppuration fétide. La membrane kystique protège efficacement contre l'infection les tissus ambiants et le liquide qu'elle sécrète donne à la langue la simple impression d'un suintement douceâtre ou salé. Le plus habituellement, c'est ce suintement remarqué par le malade ou reconnu par le médecin qui constitue le signe révélateur de l'affection et entraîne neuf fois sur dix le diagnostic erroné de sinusite maxillaire.

*
* *

La question du diagnostic doit être envisagée aux deux périodes principales que nous venons de signaler et suivant que l'on a affaire à une tumeur close ou à un kyste abcédé et fistulisé.

Au stade latent rien ne peut faire soupçonner un kyste appendiculaire puisque le développement en est indolore et qu'il n'existe aucune voussure suspecte des régions du maxillaire accessibles à l'exploration visuelle. A cette période pourtant la transillumination électrique ou cathodique du rempart alvéolaire pourrait faire constater un évidement localisé de l'os sous forme d'une tache claire plus ou moins étendue. En fait cette exploration, que rien n'appelle, n'est jamais pratiquée.

Les conditions sont toutes différentes quand, cédant à la pression continue de la tumeur profonde, la table externe du maxillaire se soulève au niveau de la fosse canine en une bosselure assez régulièrement sphérique ou s'abaisse à la voûte palatine en un méplat atténuant la concavité normale des gouttières latérales. Tantôt alors on a affaire à une saillie résistante supportant sans fléchir la pression digitale, tantôt le doigt rencontre une voussure élastique cédant avec la crépitation parcheminée caractéristique d'une membrane rigide, tantôt enfin la muqueuse seule semble soulevée et sa souplesse révèle au toucher l'existence d'une perte de substance circulaire de l'os sous-jacent, entièrement résorbé au niveau de la tumeur. A cette période, le caractère physique de la tuméfaction, son évolution lente et insidieuse, l'absence complète de réaction inflammatoire, son siège si spécial à proximité d'une dent profondément carriée ne sauraient guère créer d'ambiguïté dans l'interprétation diagnostique.

Il n'est évidemment pas question d'abcès froid, ni de gomme, encore moins d'actinomycose. Ce n'est pas une simple fluxion, une périostite, un abcès ; il s'agit manifestement d'une collection enkystée ou plutôt d'une tumeur liquide intra-maxillaire ayant évidé l'os et soulevé ses parois : c'est un kyste intra-osseux ou une mucocèle (kyste muqueux) du sinus maxillaire. L'absence de refoulement de la paroi nasale externe, constatée à la rhinoscopie antérieure, éloignera cette dernière hypothèse. La diaphanoscopie intra-buccale étaiera la première en dénonçant par

une tache claire et la perte de substance de l'os et la nature hyaline du tissu de substitution. Or les kystes du maxillaire peuvent bien être de nature échinococcique; mais en affirmant l'origine paradentaire des tumeurs liquides de l'apophyse alvéolaire, on aura quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent d'être dans le vrai. Avant toutefois de décider de l'intervention, une ponction explorative est de rigueur. L'extraction à la seringue de Pravaz de quelques gouttes du liquide citrin lèvera les derniers doutes. Si, porté sous le microscope, il se montre exempt de crochets et riche en tables tétragonales de cholestérine, l'hypothèse, d'ailleurs acceptable de néoplasme malin, se trouvera du même coup éliminée.

Mais le plus habituellement cette petite opération nous sera évitée, le kyste étant presque toujours ouvert quand il est soumis au chirurgien avec le diagnostic usuel de sinusite maxillaire. C'est en effet avec l'empyème du sinus que peut être le plus aisément confondue une tumeur liquide odontogène ouverte et, par conséquent, suppurée. Rien d'élémentaire pourtant comme cette distinction pour tout observateur averti : la sinusite maxillaire coule naturellement par le nez et ne se vide pas par la bouche; le kyste suppuré, toujours fermé du côté du nez, évacue nécessairement son contenu par une alvéole fistulisée. Dans les cas exceptionnels où une sinusite coexisterait avec un kyste (j'en ai rencontré deux), l'existence de deux foyers séparés de sécrétion purulente serait établie par une injection alvéolaire de liquide teinté ou d'eau oxygénée, qui ne saurait, dans ces conditions, refluer par le nez. Du reste, bien des fois le siège de l'alvéole fistulisé (incisive ou canine) suffirait à mettre hors de cause le sinus.

La sinusite maxillaire n'est pas, à la vérité, le seul accident suppuratif qu'il faille éliminer du champ des hypothèses, mais l'exploration au stylet offrira à peu de frais un complément décisif d'information. Une fine tige boutonnée, glissée dans la fistule du maxillaire, évolue-t-elle librement dans une cavité spacieuse à parois lisses, résistantes, mais

entièrement revêtues d'un tapis membraneux épais, il ne saurait être question de lésions inflammatoires communes ou spécifiques, que caractérisent toujours un trajet irrégulier, un fond anfractueux avec rugosité spéciale à l'os dénudé, sans compter l'infiltration périphérique des parties molles. Le stylet, enfin, permettra d'affirmer parfois l'existence à l'intérieur du kyste d'une dent ectopique, grâce au contact d'une rudesse spéciale qu'offre à l'instrument la couronne adamantine libre dans la cavité.

*
* *

J'ai assez insisté plus haut sur la nature néoplasique des collections qui nous occupent, pour n'avoir pas à discuter longuement la valeur des traitements d'ordre médical qui leur ont été et leur sont encore bien souvent appliqués. Il suffit d'avoir jeté les yeux sur une coupe de la paroi d'un de ces soi-disant abcès chroniques pour se rendre compte de l'inanité des tentatives de guérisons basées sur des injections antiseptiques (sublimé, phénol, eau oxygénée, etc.) ou même caustiques (alcool, teinture d'iode, chlorure de zinc, sels d'argent, etc.) pratiquées dans la poche par une fistule ou une ponction. La couche épithéliale, qui en forme le revêtement interne, pourra bien, sous l'influence de modificateurs énergiques, subir une exfoliation plus ou moins complète; mais toujours les cordons cellulaires, que l'on voit se détacher de sa face profonde pour s'infiltrer dans les assises fibreuses sous-jacentes, demeureront épargnés et suffiront à régénérer la couche superficielle, comme dans l'utérus les culs-de-sac glandulaires respectés assurent la rénovation de l'épithélium superficiel entraîné par l'exfoliation menstruelle. Le seul résultat de ces pratiques irritatives réitérées ne saurait être que d'entraîner une prolifération plus active des éléments de la tumeur, bien loin d'aboutir au tarissement de la sécrétion purulente et à l'oblitération de la cavité. Comme toute tumeur proprement dite, les kystes épithéliaux périradiculaires du maxillaire exigent pour guérir une extirpation complète de la poche.

Là-dessus, d'ailleurs, tout le monde est aujourd'hui à peu près d'accord. Mais, il ne suffit pas d'affirmer que toute tumeur paradentaire, trop volumineuse pour suivre dans son avulsion la dent dont elle est née, doit être enlevée chirurgicalement : cela peut suffire à guérir la maladie, mais non le malade.

La poche extirpée, le mal enlevé, reste dans le maxillaire une perte de substance de forme globuleuse à parois osseuses lisses, qui ne saurait être abandonnée à elle-même sans entraîner fatalement une infection secondaire de cet espace mort, avec ses conséquences fâcheuses, dont la moindre serait de substituer à une collection kystique un abcès osseux. Pour obvier à une telle complication il était classique jusqu'à ces dernières années de tamponner à la gaze iodoformée la loge du kyste, que l'on pansait par voie buccale jusqu'à tarissement de la suppuration et comblement, au moins partiel, du vide laissé par l'excision de la tumeur. Un tel traitement consécutif exigeait de nombreuses semaines et d'innombrables pansements aussi pénibles pour l'opéré que fastidieux pour le chirurgien, jusqu'à ce que la bonne nature fit enfin l'effort d'étendre sur les bourgeons développés à la surface de l'os un tapis épithélial issu du revêtement cellulaire de la muqueuse buccale. La cavité opératoire était bien alors réduite d'un quart, d'un tiers, quelquefois de moitié, mais n'en nécessitait pas moins dans la majorité des cas le port ultérieur et définitif d'une pièce prothétique obturatrice.

Ce que je viens de dire s'applique seulement aux cas où l'extirpation du kyste laisse après elle une excavation profonde du maxillaire, que ne sauraient combler immédiatement les parties molles de la joue, ainsi que cela se passe quand la tumeur, par exemple, s'est creusé une loge profonde aux dépens du sinus maxillaire refoulé et aplati, ou bien que, partie des incisives et des canines, elle s'est insinuée fort avant dans le tissu spongieux de la voûte palatine. Mais l'expérience apprend qu'il en est ainsi neuf fois sur dix en pratique et que les cas, où l'effacement immédiat de la cavité

par application des parties molles sur son fond est réalisable, constituent l'infime exception.

En présence des imperfections multiples du procédé classique, j'ai imaginé un *modus operandi* nouveau, que j'ai exposé au Congrès de l'Association française de chirurgie de 1902, ainsi que dans la thèse de mon élève Scharff (Nancy 1902). En voici les temps principaux :

1re PHASE. — EXTIRPATION DU KYSTE :

a) Incision horizontale de la muqueuse buccale au point le plus saillant et le plus aminci de la coque maxillaire (cul-de-sac gingivo-génien d'ordinaire).

b) Excision à la pince coupante de toute la portion soulevée de cette coque osseuse. J'ai fait construire une pince-trépan très commode pour cette résection : elle agit de haut en bas sans masquer le champ opératoire.

c) Décollement à la spatule de la poche kystique ainsi largement découverte. Ce décollement, très aisé partout où la loge est limitée par du tissu osseux, devient beaucoup plus laborieux et plus minutieux dans les points où, la coque osseuse ayant été entièrement résorbée, il y a fusion plus ou moins intime entre la poche fibreuse et la fibro-muqueuse buccale.

La dissociation est également difficile au niveau de l'alvéole et de la dent d'origine : là il devient presque inévitable de déchirer le kyste.

2e PHASE. — AUTOPLASTIE DE LA CAVITÉ OPÉRATOIRE.

La conduite à tenir sera différente suivant que la tumeur aura évolué aux dépens de la bouche ou aux dépens du nez et de ses annexes :

1° Si, exceptionnellement, le kyste né à la face jugale d'une racine externe ou à la face palatine d'une racine interne s'est créé une loge en soulevant uniquement la limitante externe du maxillaire, une résection étendue à toute la portion soulevée de celle-ci permettra de mettre immédiatement le fond de la cavité osseuse de niveau avec ses bords et, par suite, d'y appliquer sur-le-champ les parties

molles décollées. Ainsi se trouveront immédiatement supprimés par une réunion immédiate sans drainage et le kyste et sa loge ;

2° Cette solution commode est, nous l'avons vu, d'une application pratique tout à fait exceptionnelle. Il est de règle, au contraire, de voir la tumeur, née de l'apex ou des parties latérales des racines, se développer de bas en haut, en refoulant progressivement le plancher nasal ou la paroi inféro-externe du sinus maxillaire. La poche extirpée, on se trouve alors en présence d'une dépression hémisphérique ou bien anfractueuse, où il ne saurait être question d'amener les parties molles superficielles en contact avec le fond. La tumeur ayant empiété non plus sur la bouche, mais sur les cavités nasales, il m'a paru opportun de restituer à celles-ci l'espace dont elles avaient été dépossédées et d'isoler totalement de la cavité buccale la dépression osseuse résultant de l'opération. Pour cela, j'abats en totalité la mince cloison osseuse qui sépare la loge maxillaire du sinus ou de la fosse nasale, auxquels elle vient immédiatement faire retour. Puis la cavité mixte ainsi créée est isolée définitivement de la bouche par une suture minutieuse et serrée (j'insiste sur ce point en raison de la tendance ultérieure à la fistulisation vers la bouche si la réunion n'a pas été l'objet de soins particuliers).

Dans ces conditions opératoires les suites deviennent des plus simples : aucun pansement, aucune mèche. Le malade, qui doit éviter pendant quelques jours les efforts de moucher, voit d'abord se produire, par la fosse nasale correspondante, un léger suintement séro-sanguin ; puis tout rentre dans l'ordre et une semaine après l'opération l'incision buccale est totalement réunie. Ainsi isolée du milieu buccal septique par une suture serrée et abritée de l'infection extérieure par le filtre nasal, la surface osseuse cruentée se répare rapidement sans que l'opéré en ait seulement conscience. Le bourgeonnement aseptique comble en partie la cavité, qui ne tarde pas à se revêtir de l'épithélium du sinus ou du nez, immigré de la muqueuse avoisinante.

Bien que d'une application fréquente, ce procédé élégant et commode ne saurait, il faut le reconnaître, convenir seul à tous les cas. Etant donné l'extrême variabilité des kystes paradentaires dans leur mode d'évolution, il faut se laisser guider, avant tout, par les circonstances, combiner la manière de faire ancienne avec celle que j'ai préconisée et ne pas craindre, en cas de prolongements anfractueux ou trop déclives, d'adjoindre au drainage nasal une contre-ouverture buccale. L'expérience m'a appris qu'en pareil cas il est préférable, pour éviter la production d'une fistule bucco-nasale rebelle, d'établir le contre-orifice à travers un alvéole plutôt qu'au niveau de la paroi externe très mince du maxillaire.

INLAYS EN OR COULÉ SOUS PRESSION. APPAREIL TAGGART ET SIMILAIRES

Par R. Lemière, D. D. S.

Pendant notre séjour aux Etats-Unis, j'ai eu l'avantage d'assister à deux communications du Dr Taggart, de Chicago, la première fois à Philadelphie, peu de temps après sa première démonstration si sensationnelle à New-York, celle dont on a dit qu'elle deviendrait un « fait historique ». Le Dr Kirk, doyen de l'Université, l'avait invité à faire devant les étudiants et professeurs une démonstration à laquelle assistèrent aussi les notabilités dentaires de la région et, malgré quelques critiques de la part des partisans de l'or cohésif, le Dr Taggart eut un immense succès. Au mois de juillet, au Congrès annuel de la New-Jersey State Dental Society, je revis une seconde fois le Dr Taggart qui présentait alors un appareil parfaitement au point et fonctionnant admirablement.

M. Roy, rédacteur en chef de *L'Odontologie,* m'ayant demandé de faire un article sur l'état actuel de cette question des inlays d'or aux Etats-Unis, je vais simplement exposer les notes et les souvenirs que j'ai conservés de ces deux communications si intéressantes. Je ne veux pas refaire l'historique de la question des inlays d'or, ce travail a déjà été fait (voir à ce sujet la bibliographie publiée par M. Platschick dans *L'Odontologie* du 15 juillet 1907). Je ne veux pas davantage entrer dans des considérations sur la valeur des inlays comme procédé d'obturation, mais indiquer seulement quels ont été les précurseurs immédiats de la méthode de la coulée sous pression, et faire une description du procédé Taggart tel que je l'ai vu appliquer par son auteur lui-même. Je décrirai aussi quelques-unes des nombreuses imitations de ce procédé dont plusieurs constituent un réel perfectionnement.

En mars 1906 le Dr Ollendorf, de Breslau, eut l'idée d'appliquer le procédé artistique bien connu « dit de la cire per-

due » à la fabrication des pièces de métal, mais il y ajoutait un principe nouveau, celui de la compression appliquée au moment de la fusion du métal, dans le but d'obtenir une adaptation plus parfaite du métal aux parois du moule. Il réalisait cette idée en adjoignant une cheminée d'accès longue de trois pouces. Au moment de la coulée cette cheminée était remplie d'or en fusion sur toute sa hauteur, et le poids de cet or, s'ajoutant au poids de l'or de l'inlay lui-même, déterminait dans le moule une pression relativement forte, suivant le principe de Pascal. Déjà bien longtemps auparavant, Aguilhon de Sarran avait entrevu ce principe de la pression en recommandant de presser le métal en fusion à l'aide d'un bâtonnet de bois pour lui faire mieux épouser les parois du moule dont il se servait. En 1893, Herbst, de Brême, avait fait des bridges en étain coulé dans un moule à cire perdue et comprimé pendant la période de refroidissement — relativement longue — à l'aide d'un tampon d'amadou. Mais ce principe de la compression du métal fut réalisé de façon parfaite à Chicago par le Dr Taggart, à peu près à l'époque où, à Breslau, le Dr Ollendorf faisait ses expériences.

L'appareil Taggart, comme d'ailleurs tous ceux qui ont été construits à son imitation, permet de faire des inlays sans matrice : c'est là un gros avantage. Il se compose de deux parties : un moufle M (fig. 1) renfermant le moule de l'inlay en matière d'*investissement* réfractaire et un compresseur C où ont lieu la fonte de l'or et l'application de l'air comprimé. Mais la meilleure façon de décrire ces différentes parties est de les faire fonctionner. Voyons donc comment on fait un inlay d'or par le procédé Taggart.

La préparation de la cavité et la prise de l'empreinte de cire doivent être faites comme il suit. Dans les obturations de ce genre, le point important pour la réussite du travail est la préparation de la cavité. Les faces de la cavité doivent être des plans parallèles à l'axe de la cavité ; on utilisera pour leur préparation des meules de carborundum de petites dimensions, des ciseaux à émail, des fraises à

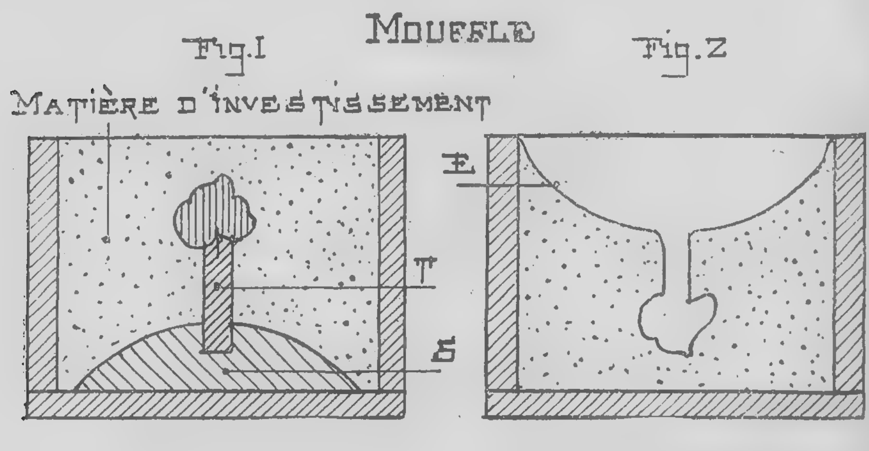
fissures. Si l'établissement du parallélisme des faces doit entraîner un trop grand délabrement, on doit avec du ciment remplir les parties en retrait, de façon que l'empreinte de cire puisse être retirée sans déformation. *L'empreinte* se prend de la façon suivante. La cavité sera mouillée ou vaselinée, puis, avec de la cire, ou un mélange de cire et de paraffine, on fera un inlay ayant exactement la forme et le poli que devra posséder l'inlay en or. Pour cela, ayant préalablement ramolli la cire, on la disposera en forme de cône assez aigu pour toucher le fond de la cavité, puis on appliquera avec force le cône de cire sur les bords de la cavité en enlevant l'excès avec une spatule légèrement chauffée. On priera le patient de mordre pour avoir l'articulation, on polit la cire avec une boulette de coton, du chloroforme ou de la vaseline de façon à avoir un inlay parfaitement poli. Plus on apporte de soins à cette opération, plus le finissage de l'inlay d'or sera facilité.

Pour retirer l'inlay en cire de la cavité, on se sert d'une petite tige métallique chauffée légèrement et enfoncée en un point peu important de l'inlay. On refroidit la cire avec un jet d'eau froide et on l'enlève avec précaution.

L'investissement, c'est-à-dire la disposition de l'inlay de cire dans le moufle, se fait de la façon suivante : on place la tige de métal supportant l'inlay au centre d'un socle en cuivre dont les bords supportent un cylindre métallique qui forme les parois du moufle (fig. 1).

On recouvre l'inlay avec la matière d'investissement, mélange composé soit d'amiante, de plâtre et de ponce, soit de plâtre et de talc, et l'on en remplit le cylindre en ayant soin de n'emprisonner aucune bulle. Pour cela il faut mêler la matière d'investissement à l'eau en se servant d'une passoire avec laquelle on saupoudre le mélange. Lorsque l'investissement est sec, on enlève successivement le socle en cuivre S, la tige de métal T ; à ce moment le cylindre contient donc l'inlay en cire en communication avec l'extérieur par la cheminée formée par la tige de métal et par l'entonnoir formé par la partie conique du socle. Pour faire

disparaître la cire, on chauffe le cylindre lorsque l'investissement est sec jusqu'à ce que la cire ait entièrement brûlé, ce que l'on constate par l'apparition d'une flamme blanche à l'entrée de l'entonnoir. A ce moment le moufle est prêt pour la *coulée* (fig. 2), on place dans l'entonnoir un bloc d'or équivalent à deux fois le volume de l'inlay et l'on introduit le moufle sous le compresseur.



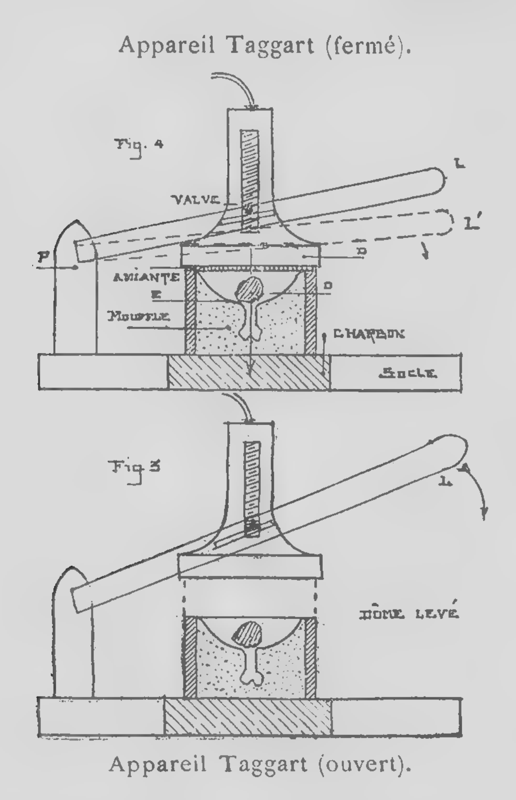
Moufle pendant l'investissement. Moufle après l'investissement et la fonte de la cire.

Le moufle se trouve situé au-dessous d'un couvercle ou dôme (fig. 3) dont les bords s'adaptent très exactement par un contact d'amiante au bord supérieur du moufle. Le bord inférieur repose sur un plateau de charbon de bois, substance poreuse pouvant être traversée par un courant d'air.

Ce dôme D est levé et abaissé par un levier L. Lorsque le dôme est levé on peut diriger sur le bloc d'or O situé dans l'entonnoir la flamme d'un chalumeau oxhydrique et l'or est amené à l'ébullition. Lorsque le dôme est abaissé (fig. 4) et en contact avec le moufle, une cavité close formée par la paroi intérieure du dôme et la partie supérieure de l'investissement se trouve constituée. Si à ce moment on continue à appuyer sur le levier L de façon à l'amener en L', une valve se trouve actionnée et de l'air comprimé à 2 atmosphères 1/2 environ envahit la cavité close ainsi formée ; nous verrons ce qu'il devient.

Ces trois opérations, abaissement du dôme, fermeture de la cavité et arrivée de l'air comprimé, ont lieu simultanément et par l'effet d'un seul coup de levier. Supposons le bloc d'or chauffé à l'ébullition dans l'entonnoir E ; on donne un coup de levier, que se passe-t-il ? L'air comprimé afflue et tend à s'échapper à travers l'investissement qui est

Appareil Taggart (fermé).



Appareil Taggart (ouvert).

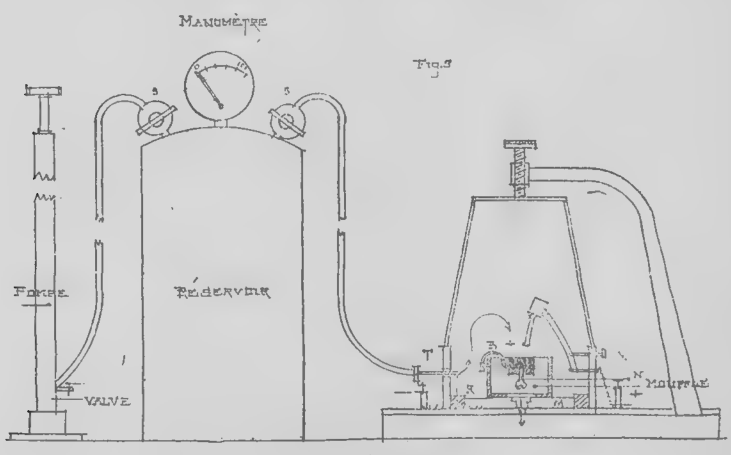
poreux et plus spécialement en son point le moins épais, c'est-à-dire au niveau de la cavité de l'inlay, puis à travers le charbon de bois. Il suit le chemin indiqué par la flèche (fig. 4). Un courant d'air s'établit qui entraîne l'or en fusion dans la cavité pendant qu'il se solidifie. L'air comprimé semble donc jouer un triple rôle : 1° entraîner l'or dans la cavité ; 2° l'y comprimer ; 3° l'y refroidir par la détente au moment où il se solidifie en bonne position.

On laisse refroidir quelques secondes et l'on plonge le moufle dans l'eau. On désagrège la matière d'investissement et l'on trouve un inlay d'or coulé à faces brillantes

reproduisant exactement et avec une grande minutie de détails l'inlay en cire. Toutes ces opérations sont simples et peuvent s'accomplir rapidement. Lors de sa démonstration à New-York, le Dr Taggart parvint à faire un inlay en 40 minutes, depuis la prise de l'empreinte jusqu'au polissage définitif dans la bouche.

Dans son premier appareil l'air comprimé était obtenu à l'aide d'une pompe foulante analogue à une pompe de bicyclette et d'un réservoir muni d'un manomètre et d'une valve.

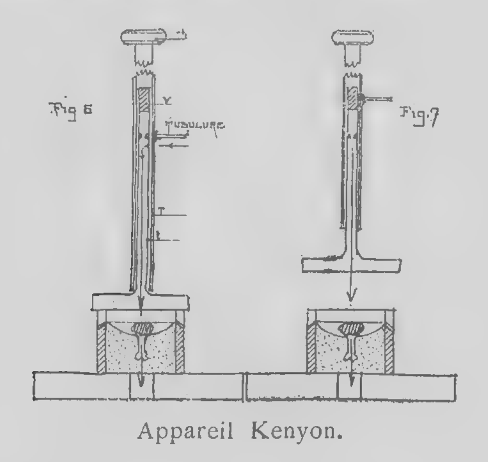
Tel est le procédé Taggart. A la suite de sa première communication et des résultats merveilleux qu'il présenta, une multitude d'appareils fondés sur ce principe parurent sur le marché. Au mois de juin, le Dr Custer, bien connu par ses ingénieuses applications de l'électricité à la dentisterie, eut l'idée de produire l'ébullition de l'or au moyen de l'arc voltaïque (fig. 5). La prise de l'empreinte est la même



Appareil de Custer.

que dans l'appareil Taggart. La tige métallique destinée à enlever l'inlay en cire de la cavité présente une extrémité évidée pour faciliter l'adhérence. L'investissement est un peu différent, on remplace simplement l'entonnoir formé à l'extrémité de la cheminée par une cupule de charbon de cornue Q, qui constitue en même temps le pôle positif de l'arc, c'est-à-dire le pôle le plus chaud, celui qui sera des-

tiné à faire fondre l'or. Le fond de la cupule présente un orifice qui communique avec la cheminée d'accès de l'inlay N. Cette cupule Q est reliée par un fil de cuivre B au bord du moufle métallique. Du moufle le courant passe sur une pièce métallique M sur laquelle repose le bord inférieur du moufle ; le simple contact suffit pour que le courant passe, à condition que le contact ne soit pas oxydé. Cette pièce métallique M est isolée par un corps non conducteur R et reliée à l'une des bornes de prise du courant. Le pôle négatif est constitué par un crayon de charbon, mû par une pièce métallique à vis de réglage extérieure. Cette pièce métallique est reliée à l'autre borne de prise de courant. Ces deux pôles sont situés sous un dôme de verre maintenu par une vis de serrage, ce qui assure l'imperméabilité de l'appareil. Une tubulure T amène de l'air comprimé à 30 livres par pouce carré (2 k. 25 par cent. carré). Il suffit d'ouvrir un robinet S lorsque l'or est en ébullition. Il est nécessaire de suivre l'opération à travers un verre de couleur tant est vive la lumière dégagée par l'arc lumineux. Que devient cet air comprimé ? Comme dans l'appareil Taggart il tend à produire ces trois effets : entraîner l'or dans la cavité, l'y comprimer, l'y refroidir en bonne position. Le courant doit être de 110 volts.



Appareil Kenyon.

Dans l'appareil Kenyon (fig. 6 et 7), le moufle et l'investissement sont à peu près les mêmes que dans l'appareil

Taggart, le compresseur a aussi de grandes analogies. Le dôme s'adapte au moufle par un contact métallique. Le levier est remplacé par deux tubes T et *t* montés en télescope et qui, suivant leurs positions relatives, ouvrent ou ferment la valve à air comprimé en caoutchouc V. L'abaissement du levier à triple effet est ici remplacé par une pression énergique de la main sur un bouton B, manœuvre qui ferme le dôme hermétiquement et ouvre simultanément l'arrivée de l'air comprimé.

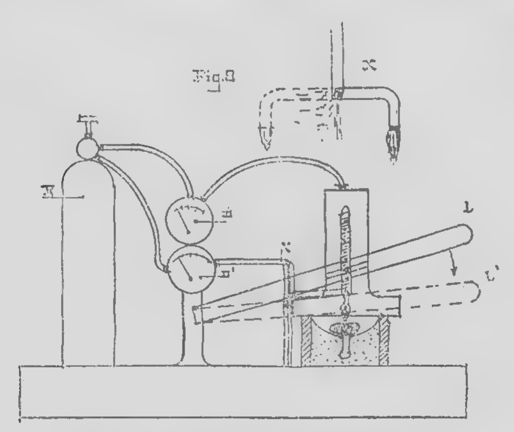
Dans l'appareil Lane, c'est l'air comprimé qui obture automatiquement le dôme ; il suffit d'ouvrir un robinet pour faire fonctionner l'appareil.

Voyons maintenant quels sont les résultats obtenus avec ces divers appareils.

Dans les démonstrations auxquelles j'ai assisté, le Dr Taggart fit passer à ses auditeurs des inlays d'or construits sur des dents d'ivoire: l'adaptation en était parfaite. Il montra une vingtaine de pièces fort démonstratives. C'étaient des coupes d'inlays pratiquées dans différentes directions pour montrer l'adaptation dans une partie quelconque de la cavité, une pièce en métal de quatre dents avec crochet entièrement coulée par ce procédé, un bridge avec dents en porcelaine rivées. A sa dernière communication, le Dr Taggart montra des inlays faits avec des alliages de métaux inférieurs, étain, etc., et son dernier apppareil. Celui-ci présente les perfectionnements suivants. Le levier produit un quatrième effet, celui d'écarter le chalumeau coudé dirigé sur le bloc d'or à fondre, de sorte que la chaleur est maintenue aussi longtemps que possible jusqu'à la fermeture du dôme. De plus, Taggart utilise comme air comprimé le protoxyde d'azote qui alimente le chalumeau. Ce dernier appareil peut se représenter par le schéma ci-joint (fig. 8) ; il est composé d'un obus à protoxyde d'azote R, deux détendeurs DD', l'un pour le chalumeau, l'autre pour la pression, un compresseur avec levier à quadruple action.

Enfin, dans son intéressant rapport sur le Congrès de

Jamestown le Dr Etchepareborda nous a appris qu'au Congrès de Jamestown Taggart avait montré des couronnes faites par son procédé. La bague est faite de la façon habituelle, puis les cuspides sont faits en cire et articulés. On adapte une tige et l'on investit comme s'il s'agissait d'un inlay. Sous l'action de la haute température et de la pression, le brassage de la bague et du métal coulé s'accomplit parfaitement ; le procédé est analogue à celui de Smadja



Appareil de Taggart perfectionné.

mentionné au Congrès de Reims. J'ai fait avec l'appareil Custer des essais de ce genre et je suis parvenu à avoir des couronnes par ce procédé. Ces essais m'ont aussi montré qu'il était possible de faire des réparations sur des inlays qui présenteraient quelque défaut. Il suffit de faire à la cire la correction voulue, de remettre en moufle et de faire une nouvelle coulée. Le bloc déjà coulé redevient liquide et prend la nouvelle forme que lui donne le nouvel investissement.

Au Congrès de Jamestown de nouveaux appareils de ce genre ont été présentés, notamment celui du Dr Jameson qui utilise la force centrifuge pour comprimer l'or au moment de la coulée. Il s'agit là d'un principe nouveau ; je n'ai malheureusement pas pu avoir à temps, pour les joindre à cette note, les renseignements que j'attendais à ce sujet.

En résumé, ces appareils à pression présentent les avantages suivants : Ils suppriment la matrice et par conséquent réduisent la durée du travail dans la bouche du patient. Ils produisent des inlays en or ou en métaux inférieurs mieux adaptés et plus rapidement que dans toute autre méthode. Ils contribueront certainement à faire adopter de plus en plus l'inlay d'or comme procédé d'obturation dans les cavités de grandes dimensions.

REVUE ANALYTIQUE

Gencive continue. — Influence du sexe et du milieu ambiant sur la carie dentaire et la dentition. — La carie dentaire. — Mort due au protoxyde d'azote. — Les études et les examens dentaires. — Trois cas d'obstruction de la glande sous-maxillaire.

Gencive continue.

M. Macdonald est l'auteur d'un article sur la gencive continue dont il expose ainsi les avantages et les inconvénients :

C'est le plus propre de tous les dentiers.

La plaque-base, étant en platine, ne peut pas être attaquée par les acides de la bouche.

Le dentier à gencive continue n'offre pas d'interstices où les débris alimentaires puissent se loger et devenir nuisibles.

Il se nettoie aisément à tout moment avec un peu d'eau et de savon.

C'est de tous les dentiers celui qui se rapproche le plus de la nature.

Une dent brisée peut se remplacer aisément en meulant le morceau sur le tour et en adaptant une nouvelle dent. Construire alors le corps autour de la dent, fondre, refroidir, etc., comme précédemment.

Si la bouche se rétracte sous la plaque, la gencive au-dessus peut être taillée avec un ciseau et la plaque peut être ajustée au nouveau modèle, en soudant de nouvelles dents dessus.

Inconvénients.

Difficultés d'adhérence en raison du poids du dentier.

La contraction du corps nuit à la plaque.

Fragilité en dehors de la bouche. Le patient le brise généralement en le lavant.

Bruit en fermant la bouche.

Difficulté d'éviter des craquelures. On peut y obvier en chauffant lentement et en refroidissant pendant la cuisson avec un grand soin.

Formule de corps minéral pour la gencive continue :

Feldspath finement pulvérisé	62 gr.
Fondant	10 gr.
Kaolin (coloré avec du titanium)	5 gr.

Mélanger et meuler à sec pendant une demi-heure.

Placer sur une plaque d'argile réfractaire, revêtue de silex finement pulvérisé, cuire dans un four jusqu'à vitrification, refroidir et meuler jusqu'à ce qu'on puisse passer par un tamis en drap noir.

Formule d'émail pour gencive continue :

Fondant	18 gr.
Feldspath	60 gr.
Pourpre de Cassius	3 gr.

Meuler pendant une heure et faire fondre. Refroidir et meuler jus-

qu'à ce que la poudre passe par le tamis précité; ajouter alors 6 grammes de pourpre de Cassius à chaque once de poudre d'émail, puis mêler avec une spatule. (*Dent. Record.*)

Influence du sexe et du milieu ambiant sur la carie dentaire et la dentition.

D'après M. L. C. Broughton, auteur de cet article :

1° Le milieu ambiant ne semble pas avoir d'effet appréciable sur la période d'éruption des dents permanentes : un milieu sain et un régime alimentaire suffisant ne paraissent pas accélérer la dentition permanente; de même une situation opposée et une alimentation inappropriée ne la retardent pas;

2° L'influence du sexe sur la dentition est constante dans tous les cas. La précocité de la dentition se remarque chez les enfants du sexe féminin par opposition aux sujets du sexe masculin vivant dans les mêmes conditions et elle est en harmonie avec l'accélération générale de la croissance et du développement qui est la caractéristique des filles entre 11 et 15 ans;

3° La carie des dents permanentes est progressive pendant la période scolaire, mais elle est moindre chez les enfants vivant dans un bon milieu que chez ceux placés dans des conditions opposées ;

4° La carie tend à augmenter après la douzième année chez les filles comparativement aux garçons de même âge et tend à demeurer plus grande pendant la période scolaire.

M. C. Röse, de Fribourg (Bade), dans sa monographie « La carie des dents dans les écoles », a contesté ces conclusions.

En comparant une statistique portant sur 3.000 enfants des deux sexes, il considère que la différence entre les garçons et les filles touchant la fréquence de la carie est insignifiante. (*Dent. Rec.*, juillet 1906.)

La carie dentaire.

Des recherches établissent, dit le dernier rapport de la Société odontologique suédoise, que 16 o/o des anciens Anglo-Saxons, 24 o/o des anciens Bretons et 41 o/o des anciens Egyptiens souffraient de la carie dentaire. Parmi les nations modernes, la Suède occupe la plus mauvaise place, près de 96 o/o de ses habitants ayant des dents défectueuses; l'Amérique vient ensuite avec 93 o/o. Sur les recrues 20 o/o en Allemagne, 24 o/o en Angleterre, 28 o/o en Suède ont des dents presque inutilisables. De tous les peuples les Esquimaux ont les meilleures dents : 1 1/2 o/o seulement en ont de défectueuses ; cela serait dû à leur alimentation exclusivement animale. La cause de la détérioration des dents avec le progrès de la civilisation est la paresse, car on ne mange pas d'aliments ayant besoin d'être mastiqués. (*Dent. Rec.*, juillet 1906.)

Mort due au protoxyde d'azote.

Richard Foard, âgé de 16 ans, employé chez un dentiste d'Eastbourne (Angleterre), fut trouvé mort un matin chez celui-ci. Il était assis sur un sofa avec l'appareil servant à l'administration du protoxyde d'azote sur sa bouche, la tête reposant sur un coussin. L'examen auquel on se

livra fit ressortir que la mort était due à l'absorption de quatre doses environ de protoxyde d'azote sans qu'il fût arrivé d'air frais et que cette mort était purement accidentelle. (*Brit. Dent. J.*)

Les études et les examens dentaires.

M. W. Guy, dans une communication au meeting annuel de la British Dental Association, recommande le programme suivant pour les études et les examens des étudiants en chirurgie dentaire :

1re année. — Laboratoire dentaire, chimie, physique, biologie ; 3 mois d'anatomie pratique. A la fin examen scientifique préliminaire.

2e année. — Laboratoire dentaire, anatomie, physiologie. A la fin examen d'anatomie et de physiologie.

3e et 4e années. — Laboratoire dentaire, clinique dentaire, sujets dentaires spéciaux, clinique hospitalière, médecine et chirurgie. A la fin de l'année examen sur ces matières. (*Brit. Dent. J.*)

Trois cas d'obstruction de la glande sous-maxillaire.

M. O. Eicholz, d'Oxon, a, dans les huit dernières années, rencontré trois cas d'affection de la glande sous-maxillaire d'un caractère bénin. Deux fois le canal de Wharton était atteint ; la troisième fois il ne l'était pas.

La première fois les symptômes apparurent brusquement. Le pus fut aisément exprimé : il était d'odeur fétide et avait la consistance du mastic. Récidive au bout d'un an.

La deuxième fois une enflure apparut de même brusquement dans la glande sous-maxillaire. Un poil de barbe sortait de la papille du canal de Wharton ; il fut rapidement enlevé. Il avait environ 18mm de long et la partie engagée dans le canal était recouverte d'une matière minérale. Pas de récidive.

Dans le troisième cas l'unique symptôme fut une enflure et de la sensibilité de la glande sous-maxillaire chez un jeune garçon de 11 ans. Un badigeonnage de la peau avec de la glycérine et de la belladone l'a fait disparaître en trois jours. Pas de récidive. (*Dent. Rec.*, août 1906.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Revêtement rapide. — Pour revêtir rapidement les rubans à souder les crampons et les dents, employer le mélange suivant : parties égales de chaux préparée et de sable fin, pétris dans la glycérine en une masse plastique. (*Dent. Hint.*)

Obturation des canaux radiculaires. — Au lieu d'employer la chloro-percha comme matière obturatrice des canaux, employer le mélange suivant : 15 gr. de gutta-percha rose ; 15 gr. de solution saturée de thymol dans l'huile d'eucalyptol ; dissoudre la gutta dans le chloroforme, ajouter la solution de thymol et mélanger complètement, puis laisser le chloroforme s'évaporer. On a ainsi une pâte qu'on peut prendre avec le tire-nerf et porter dans la cavité pulpaire. Chauffer légèrement un obturateur de canaux, en toucher la solution, la chaleur l'amollit et elle coule dans le canal. Cette solution obture parfaitement les canaux les plus tortueux. On peut alors employer le cône de gutta solide, recouvrir avec de l'oxychlorure de zinc, puis mettre l'obturation permanente. (*Pacific Dental Gaz.*)

Ligatures en tresse. — Serrer d'abord fortement les ligatures en fil métallique avec la main, puis les tresser. Si l'on essaye de serrer en tressant seulement, le fil se casse avant qu'on obtienne une tension suffisante. (*West. Dent. J.*)

Un appareil universel. — L'arc d'expansion avec rubans à clamps et à ancre est bien près d'être un appareil universel. Il peut servir à dilater, à contracter l'arcade, à faire pivoter, à allonger, à desserrer les dents dans leurs alvéoles, à sauter l'articulation en avant ou en arrière, à dilater l'arcade sur un point et à la contracter sur un autre en même temps, toutes ces opérations étant exécutées avec la plus grande commodité et de la manière la plus efficace, en exigeant peu d'attention de la part de l'opérateur. (*West. Dent. J.*)

Manière de prendre une articulation exacte. — Placer le patient dans une position commode comme si l'on voulait causer avec lui. Préparer une plaque d'essai comme d'habitude avec un morceau de cire chaude dessus. Au talon de la plaque mettre une dent d'engrenage en cire, dire au patient de mettre la pointe de la langue dans cette

dent et de fermer les lèvres : il lui est impossible alors d'avancer la mâchoire inférieure en avant ou de côté. Il faut que le patient ferme les lèvres parce que, ainsi, il n'a pas de tendance à avancer la mâchoire inférieure s'il élève la langue en dehors de la dent d'engrenage. (*It. of Int.*)

Polissage des obturations d'amalgame. — La surface d'une obturation d'amalgame doit être polie avec de la pierre ponce fine et des disques de peau, puis brossée avec une brosse fine : on obtient ainsi une surface comme de l'argent bruni. Ces obturations se ternissent bien entendu ; mais à chaque séance de nettoyage on leur rend aisément leur lustre avec la brosse à polir. (*It. of Int.*)

Empreintes pour couronnes. — Pour prendre une empreinte d'un chicot préparé pour recevoir une couronne, une coquille comme celle qui sert pour une couronne sans soudure et qu'on peut placer entre le chicot et les dents voisines est très commode. La façonner sur la gencive du côté labial et du côté lingual et prendre l'empreinte avec une feuille de gutta bien chauffée. (*Dent. Dig.*)

Lèvres douloureuses. — Avant de commencer à opérer, appliquer du collodion sur les lèvres douloureuses : il fait disparaître la douleur et protège les lèvres, qui guérissent rapidement ensuite. Appliqué sur les blessures des mains, il diminue le danger d'infection ; le lavage ne le fait pas disparaître. (*Dent. Dig.*)

La formicine. — Ce corps est un produit de la condensation de l'aldéhyde formique et de l'acétamide. C'est un liquide épais, hygroscopique, commençant à se décomposer en ses constituants à 25° et se décomposant rapidement de 35 à 40°. Il a une action bactéricide très puissante et n'attaque pas le métal, comme le fait l'aldéhyde formique et il lui est conséquemment bien préférable pour la stérilisation des instruments chirurgicaux. (*Brit. Dent. J.*)

Obturations à l'amalgame. — Le meilleur moyen de faire des amalgames adhérant bien, c'est d'employer toute la force dont nous sommes capables et de les tasser contre les parois avec un instrument très petit. L'amalgame doit être assez dur. Il n'est pas difficile de faire des parois parfaites, ou ne présentant pas d'espaces visibles à l'œil nu. (*Dent. Rev.*)

Malaxage des amalgames. — Le malaxage de l'amalgame avec la main n'est ni propre ni scientifique. Il faut le malaxer avec une spatule d'acier sur du papier verni. Commencer par le mortier, puis mettre sur ce papier en triturant. Agir ainsi trois ou quatre fois, en passant chaque fois un endroit propre sur le papier. (*Dent. Rev.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

AMERICAN DENTAL CLUB OF PARIS

Séance d'octobre 1907.

Présidence de M. Robinson.

La réunion a eu lieu chez M. da Silva en présence d'une vingtaine de confrères comprenant comme hôtes : MM. Aguilar (Madrid), Wollisson (Saint-Pétersbourg), Jenkins (Dresde), Hipwell, Choquet (de Paris).

Après un émouvant discours du président au sujet de la disparition si prématurée du prof. Miller, la séance est suspendue pour un quart d'heure.

A la reprise, M. Jenkins exprime le vœu que la mémoire du grand homme soit perpétuée par la création d'un fonds international « Miller » permettant de décerner tous les 5 ans un prix Miller à l'ouvrage scientifique le plus méritant, qui aurait paru dans l'intervalle.

Cette idée obtient l'approbation unanime de tous les membres. Le président ouvre la discussion sur les « incidents of office practice » et donne la parole à *M. Aguilar*, pour fournir quelques explications au sujet de son anesthésique local. L'inventeur en développe tout d'abord la composition chimique, et en disant toutefois que ce médicament est facile à trouver tout prêt chez les pharmaciens. M. Aguilar assure qu'il n'a jamais eu ni insuccès, ni d'inconvénients post-opératoires. Il offre de faire des démonstrations pratiques à une des réunions de l'hiver.

M. Hirschfeld demande aux membres s'ils ont déjà fait des essais avec un anesthésique local, dit « novocain » et dont l'on dit tout le bien possible en Allemagne.

M. da Silva fait passer des modèles de dentier complet pour le bas offrant la particularité de succions (très étroites, bien entendu). Il prétend qu'une succion de chaque côté donne une stabilité suffisante au dentier le plus plat, pour pouvoir se passer de ressorts.

M. Kritschewski présente le modèle d'une seringue spéciale (sorte d'irrigateur) destinée au patient pour des lavages énergiques des dents et gencives (surtout pour la pyorrhée).

M. Solbrig fait voir les modèles de quelques cas intéressants d'érosion dentaire.

Il dit que c'est le mérite du Prof. Miller d'avoir réduit la cause de cette affection à un brossage trop exagéré avec des poudres contenant de la ponce ou d'autres ingrédients dangereux.

M. Younger cite un cas d'érosion chez une jeune dame, où la cause a été reconnue être l'abus du jus de citrons.

MM. Daboll, Jenkins, Wollisson, Levett, Choquet, da Silva, Robinson prennent part à la discussion.

Leur opinion est que l'érosion ou plutôt « l'abrasion » est toujours due à une cause mécanique ou fortuite.

M. W. Davenport recommande à présent à sa clientèle l'usage du castille-soap à la place de la poudre, que l'on devra écarter désormais ; M. Weber se sert du castille-soap depuis 3 ans et se croit sûr de ne jamais être exposé à l'érosion de ses dents.

La prochaine réunion est renvoyée au mois de novembre.

W. Hirschfeld,
Secrétaire-éditeur de l'A. D. C. P.

HISTOIRE

Commission de l'histoire de la dentisterie.

Peu après la réunion de l'Association dentaire nationale à Buffalo en 1905 la Commission de l'histoire de la dentisterie annonça que M. Vincenzo Guerini, de Naples, auteur d'une histoire de la dentisterie, mettait son ouvrage à la disposition de la Commission pour le publier sous les auspices de l'Association. Son offre fut acceptée par la Commission d'abord, par l'Association ensuite ; mais il fut reconnu que la publication de l'ouvrage ne pouvait se faire que si des souscriptions préalables permettaient d'encourir les frais. Le nombre de ces souscriptions a été fixé à 700 au minimum et le montant de chacune d'elles à 25 francs.

La Commission a déjà reçu 500 souscriptions ; il en manque encore 200. Dès que ces 200 souscriptions seront parvenues, l'ouvrage sera mis en composition et sera rapidement imprimé.

Adresser les souscriptions à M. Charles S. Butler, trésorier, The Frontenac, Buffalo (N. Y., Etats-Unis).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUELQUES RÉFLEXIONS ET QUELQUES IDÉES QUE JE CROIS UTILES AU BIEN DE NOTRE PROFESSION.

Communication faite le 24 septembre 1907, à la Commission des réformes des études dentaires et de l'orientation professionnelle.

Par M. Monnin, du Mans, D. E. D. P.

Introduction.

« Quelque difficulté qu'il y ait à découvrir des vérités nouvelles, » disait le grand Lamarck, il s'en trouve encore de plus grandes à » les faire reconnaître. »

En 1878, Bouillaud, alors doyen de la Faculté de médecine, saisissait le nez de M. de Moncel, le traitait de *ventriloque* lorsque ce dernier présentait le phonographe Edison à l'Académie des sciences.

Actuellement les docteurs en médecine *stomatologistes* ne nous traitent pas de *ventriloques*, mais assez souvent de *zouaves Jacob* : c'est probablement parce qu'à quelques exceptions près, notre art leur est aussi inconnu que l'était le phonographe à Bouillaud et ils voudraient faire croire aux pouvoirs publics : « qu'ils doivent » prendre des mesures pour ouvrir toutes grandes les portes de la » Faculté de médecine à toutes les spécialités médicales, afin de » sauvegarder, en même temps que ses intérêts, ceux de la société » vis-à-vis de laquelle elle se porte garante des diplômes qu'elle » délivre ».

Parlant des odontologistes, ils ajoutent : « Les hommes qui ont » créé les écoles dentaires telles qu'elles sont peuvent avoir fait ac- » complir *à la science* UN PROGRÈS ; mais c'est faire œuvre d'obscu- » rantisme que de les vouloir conserver alors que la science marche à » pas de géant [1]. »

Nous ne voulons pas, dans cette communication, méconnaître la valeur des arguments invoqués par MM. Magitot, Galippe, Cruet, Pietckevictz, Ferrier, Pierre Robin, etc., mais nous pensons pouvoir leur apporter de sérieuses objections.

---

1. Conférence faite par M. Pierre Robin, le 24 septembre 1905, à l'exposition de Liège (Présidence de M. de Monzie, commissaire de l'Instruction publique).

Une errreur philosophique résulte de ce que plusieurs ne veulent *admettre comme vrai* que ce qu'ils croient *comprendre :* c'est le cas des stomatologistes.

En réfléchissant, en lisant, sans parti pris, les réformes radicales proposées par ces *réformateurs* aux pouvoirs publics en ce qui nous concerne, nous *odontologistes*, il est facile de prouver, non pas qu'elles sont sans valeur théorique, ce qui d'ailleurs n'offre nul intérêt, mais qu'elles n'ont aucune chance d'être appliquées.

Elles n'en ont aucune pour des raisons diverses que nous allons examiner, mais la principale est qu'elles heurteraient l'opinion publique toute-puissante aujourd'hui ; M. Pierre Robin en est même persuadé, car il dit dans son discours : « que chaque école dentaire *est iné-* » *luctablement fonction du pays* où elle a été créée et adaptée aux be- » soins des malades de ce pays qui viendraient s'y faire soigner [1] ».

Nous pensons qu'avant peu M. P. Robin sera persuadé qu'en France fort peu de choses peuvent être changées avant que l'esprit public ait lui-même évolué.

Nous tenons à rappeler ici à MM. les Stomatologistes que nous ne craignons pas de dire que bon nombre de docteurs en médecine préfèrent réclamer les soins d'un dentiste instruit, diplômé d'une école dentaire reconnue, que de s'adresser à un stomatologiste n'ayant pas fait d'études spéciales dans une école dentaire. Nous ajouterons encore que le corps médical, en général, considère ceux des leurs qui exercent l'art dentaire, sans l'avoir appris, comme des « Ratés de la profession ».

N'oublions pas que le monde moderne est gouverné par la technique, et la supériorité appartient à ceux qui, dans toutes les branches des connaissances, sont le plus versés dans la technique.

La dentisterie, cette branche de l'art de guérir, n'est pas née de la médecine, elle ne forme nulle part une partie des études des écoles de médecine, elle n'a reçu aucune aide de la médecine en tant que profession quoique, individuellement, des médecins lui aient rendu de grands services.

La dentisterie a formé, elle-même, ses collèges, elle a ses livres propres, sa littérature particulière, ses journaux spéciaux, ses sociétés, ses associations. Dans sa genèse et dans son histoire on ne peut la considérer autrement que comme *un complément de la médecine.* Notre outillage perfectionné, notre littérature sont une preuve de notre savoir technique, artistique nécessaire à notre profession.

Nous avons donc le devoir, à l'Association générale des dentistes de France, au Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, groupement

---

1. *Revue de Stomatologie.*

le plus important de toute la France, de nous unir, de nous solidariser, pour réclamer la liberté d'enseignement dans les écoles dentaires reconnues d'utilité publique ; nous devons tenir à ce que notre enseignement scientifique et technique ne reste pas dans l'engourdissement que provoquerait presque nécessairement le monopole universitaire.

Nous désirons que, dans les écoles dentaires libres, on ne se préoccupe que des intérêts supérieurs de la science et de la technique dentaires, de l'élévation des études ; nous voudrions faire recevoir des élèves absolument dignes, instruits, former une catégorie de citoyens possédant toutes les garanties morales scientifiques nécessaires, pour se rendre utiles à la Société et à l'Etat.

Tous les partis, sans distinction d'opinion, admettent aujourd'hui ce droit reconnu par tous les établissements professionnels, par les sociétés professionnelles, d'instruire, à leur guise, leurs élèves, de leur donner une instruction solide pour l'avenir et *surtout en rapport avec les idées et la science modernes.*

N'oublions pas non plus cette belle pensée d'Auguste Comte : « Par une loi dont la nécessité est évidente, chaque branche du sys- » tème scientifique se sépare insensiblement du tronc, lorsqu'elle a » pris assez d'accroissement pour comporter une culture isolée, » c'est-à-dire, lorsqu'elle est parvenue à ce point de pouvoir occu- » per à elle seule l'activité permanente de quelques intelligences. »

La dentisterie, cette jeune bouture, peut, à elle seule, occuper l'activité permanente des dentistes instruits ; n'oublions pas que cette bouture demande beaucoup de soins, de patience, beaucoup de connaissances scientifiques et techniques pour lui donner toute possibilité de développement.

Nous ne voulons pas donner à nos élèves une instruction selon leur fantaisie, nous voulons qu'ils soient des hommes instruits, entrant dans la carrière au plus tôt à l'époque de leur majorité, après une période de cinq années d'études au laboratoire et à l'Ecole d'enseignement professionnel supérieur libre et autonome.

Il importe à l'Etat que les dentistes soient instruits, il importe à la Société que l'instruction de notre corporation soit solide et complète.

En réclamant la liberté d'enseignement pour l'art dentaire, pour cette science que nous appelons l'Odontologie, nous ne voulons pas faire œuvre d'hostilité à l'Etat, nous voulons l'Art dentaire en France *par et pour les dentistes* sans distinction d'origine ni de parti.

Peut-on obliger le dentiste a être docteur en médecine ?

Nous laissons la parole au Prof. Brouardel :

« Les médecins peuvent s'en rendre compte, en étudiant, au cours

» de leurs études médicales, les maladies qui atteignent la muqueuse » buccale et les maxillaires, ils n'approfondissent guère l'étude des » affections dentaires proprement dites; les soins à donner dans les » divers degrés de la carie dentaire exigent une *étude spéciale*, une » habitude qui nécessiterait, à la suite des études de médecine, *un stage* » *plus ou moins long dans une école dentaire;* la prothèse est une bran- » che importante, qui, elle aussi, doit *être étudiée* par le médecin- » dentiste. Dans l'état actuel je crois qu'il est impossible d'exiger des » docteurs des études complètes en art dentaire et je pense que le » client *préférerait le dentiste ordinaire à un docteur n'ayant pas fait* » *d'études spéciales et dans l'habileté manuelle duquel il n'aurait, peut-* » *être avec raison, qu'une médiocre confiance* [1]. »

Ecoutons M. le prof. Walkhoff dans sa lettre adressée à M. Chompret, secrétaire général du 1er Congrès français de Stomatologie (*Revue de Stomatologie*, juin 1907, p. 264).

« Je ne puis admettre que la connaissance de la médecine générale » soit indispensable à l'exercice de l'art dentaire.....

» L'histoire de l'art dentaire nous enseigne que ce n'est pas aux » procédés et aux traitements de la médecine générale que le den- » tiste doit ses succès, *mais à ses propres procédés, créés par lui*. Je dis » ceci ouvertement, bien que je sois le premier à reconnaître que » certaines études de médecine générale ont une grande valeur en ce » qui concerne l'art dentaire *et qu'il faut en apprendre ce qui peut être* » *utile à notre profession*. Mais je prétends *que les connaissances en* » *médecine générale ne suffisent pas pour qu'un médecin puisse exercer* » *l'art dentaire moderne*, parce qu'il s'y « intéresse »... .

» Tout spécialiste doit être parfaitement au courant de la partie » choisie par lui et pouvoir en exercer la thérapeutique complète- » ment. Je crois pouvoir affirmer que les savants dentistes d'aujour- » d'hui, en plusieurs pays, connaissent à fond et savent traiter les » dents..... et il n'est pas rare qu'un dentiste obtienne de meilleurs » résultats dans le traitement de ces organes qu'un médecin.....

» Les principales découvertes qui ont été faites dans la pratique et » dans le traitement des dents, ont été faites *par les dentistes qui* » *n'étaient pas médecins*.....

» Les stomatologistes croient maintenant remplacer les dentistes; » *ils voudraient faire disparaître ceux-ci pour se mettre facilement à leur* » *place*, et cependant ils bâtissent sur des fondements *posés par les* » *dentistes* et n'ont encore rien accompli de saillant. Il semble aux » stomatologistes qu'il doive y avoir grande différence entre eux et » les dentistes..... »

---

1. L'exercice de la médecine et le charlatanisme, *Cours de médecine légale*, p. 35 et 36.

Les médecins sont tenus de ne négliger aucun moyen de protéger la santé publique. La société leur confère un privilège, un monopole, et elle leur demande, en échange, une garantie pour sa sauvegarde.

Nous connaissons la sollicitude du corps médical à l'égard de la société, mais nous sommes étonnés de voir les soins de bouche aussi négligés en France et si peu recommandés par les médecins quand dans tous les congrès scientifiques on attire l'attention du corps médical sur le rôle de la bouche comme incubateur des bactéries, placée, comme elle est, à l'entrée des voies digestives et respiratoires.

Puisque le titre de docteur en médecine suffit pour exercer l'art dentaire et que MM. les stomatologistes disent : « que le malade ne » peut être confié qu'à des hommes *capables de comprendre son affec-* » *tion* et de lui appliquer la thérapeutique adéquate, tant médicale que » spéciale [1] », comment se fait-il que partout dans les services publics on ne trouve que rarement des spécialistes assurant le service dentaire partout où le service médical est assuré ?

Le service dentaire manque partout, dans les hôpitaux, dans les casernes, dans les écoles, dans les grandes compagnies de chemins de fer, dans les usines, etc. Le corps médical a le *devoir* de protéger la santé publique ; dans toutes les classes de la société on veut des dentistes instruits ; remarquez avec nous que, malgré la loi, malgré les privilèges, la société tout entière, *surtout la classe pauvre*, souffre du manque complet de services dentaires dans tous les services publics. Pourquoi cet état de choses ?

Les connexions qui relient l'art dentaire à la médecine n'ont pas été suffisamment définies dans la loi du 30 novembre 1892, de là conflit. Les stomatologistes veulent faire disparaître les dentistes « pour se mettre facilement à leur place » (Walkhoff)..... Tous les groupements professionnels, les écoles dentaires libres reconnues d'utilité publique, sont résolus à défendre avec la plus grande énergie les droits acquis, les services rendus à la société, à la profession, tant que le législateur n'aura pas défini les problèmes fondamentaux de l'enseignement odontologique, tant que l'Etat n'aura pas trouvé le moyen pratique, régulier, d'en finir avec ces questions embrouillées d'exercice professionnel, de connaissances scientifiques et techniques, nécessaires au dentiste, les services publics, la société, manqueront de soins de bouche, de spécialistes instruits pour exercer l'art dentaire, et les médecins professeront toujours la plus parfaite indifférence en ce qui concerne les soins à apporter à la bouche et aux dents, cependant si nécessaires à la santé en général.

---

1. *Revue de Stomatologie,* discours de M. P. Robin, p. 517.

Les systèmes médicaux ont fait leur temps en ce qui concerne notre spécialité, nous rejetons les doctrines médicales, car en dentisterie, ainsi que le disait M. Claude Martin, de Lyon, dans son discours du 23 janvier 1897 aux dentistes du Rhône et de la région : « A côté » de la science, il y a l'art, à côté de l'intelligence, il y a la main, à » côté du livre, il y a l'outil. Un ingénieur peut connaître toutes les » théories de la mécanique et être incapable de faire de ses mains une » pièce de machine..... En art dentaire il faut être ingénieur et » forgeron, architecte et tailleur de pierre. Il faut que la main puisse » modeler ce que l'esprit a conçu. L'art est lié au métier d'une façon » indissoluble. »

C'est pour tous ces motifs que nous rejetons les idées des stomatologistes lorsqu'ils disent aux pouvoirs publics : « Les soins mé- » diats ou mécaniques qui n'ont pas d'époques se font une fois la » guérison du terrain obtenue alors que le malade est à l'abri de toute » complication ou récidive douloureuse et dangereuse.

» Ces soins peuvent être attribués à un technicien, ils nécessitent » évidemment *une science approfondie* des matériaux qui servent à la » confection des appareils de prothèse, une grande dextérité manuelle » et une expérience *longue et pénible*, mais peuvent, à la rigueur, être » *séparés de la Stomatologie* sans que le malade coure aucun ris- » que [1] ».

Nous ajouterons que M. P. Robin reconnaît « que cet ouvrier » d'art a sa place chez le praticien (lisez stomatologiste), mais, dit-il, » il ne saurait le remplacer ».

Puisque le malade ne court aucun risque, pourquoi cet ouvrier d'art n'exercerait-il pas librement son art au même titre que tous les autres ouvriers d'art ? Nous posons la question à MM. les stomatologistes.

Nous terminerons ce chapitre en disant que, s'il est une partie de la science se trouvant actuellement dans une transformation complète et qui soit à son véritable tournant, c'est assurément la médecine.

Rappelons-nous que les médecins, les médecins officiels surtout, se levèrent en masse contre Pasteur « contre ce savant sans clientèle » qui défendait des méthodes révolutionnaires avec une ardeur si » passionnée ». Nous, les odontologistes, les pionniers de la première heure, les humbles, nous savons que c'est juger faussement de la science quand on oublie qu'elle est mobile. Nous avons le désir de pousser très loin l'approximation, en mettant en évidence des complexités qui restent encore ignorées, nous comptons sur notre foi profonde pour devenir une force.

---

1. Conférence de M. P. Robin, *Revue de Stomatologie.*

Quelles seront les conditions préliminaires d'enseignement a l'entrée dans les écoles dentaires ?

Au 3e Congrès dentaire international M. Queudot traitant la question disait : « Les méthodes d'enseignement sont pour nous une » base de méditations, ainsi que la *déontologie,* cette morale en action » que nous cherchons si justement à propager et dont les principes » constituent la base du Code professionnel......... Quelle sera cette » éducation générale ? — Elle réside tout entière dans l'obtention » de l'un des baccalauréats. Muni de cette éducation générale, l'élève » devra acquérir les connaissances médicales qui lui sont nécessaires » pour s'assimiler les leçons qui l'attendent dans les *Ecoles professionnelles.* »

M. Roy répondait : « Que le besoin d'une instruction préalable » était incontestable et il concluait à la nécessité d'études scientifiques et de mécanique dentaire *faites dans des conditions nettement* » *déterminées* avant d'aborder la dentisterie opératoire. » Il ajoutait : « Qu'il était préférable de *laisser les choses à l'état actuel* plutôt que » de voir adopter les vœux de M. Queudot *qui seraient un acheminement direct vers le Doctorat obligatoire.* — Les dangers signalés » par M. Queudot n'existent pas ; à mon avis, s'ils existaient, *le* » *seul moyen de les éviter* ce serait, *comme cela doit avoir lieu dans* » *toute école bien organisée, de faire des cours préparatoires à la dentisterie opératoire.* »

M. Bonnard disait : « Dans notre programme dentaire il y a deux » choses que l'on doit faire passer avant tout : *la pratique absolue de* » *la prothèse et celle de la dentisterie opératoire.* Viendront ensuite les » sciences qu'à l'égard du dentiste on peut appeler sciences accessoires. »

Il est très important, pour se faire une conception exacte de la communication de M. Queudot et des diverses discussions, de se reporter à la lecture du deuxième volume du 3e Congrès dentaire international de 1900, page 275.

Nous n'arrivons pas à cette question du *baccalauréat* sans une grande hésitation, car, ainsi que l'a dit notre maître et très honoré président M. Godon, à la Société d'Odontologie, séance du 22 janvier 1907 : « Une grande division existe dans la société entre la » bourgeoisie et le peuple au sujet du baccalauréat et du certificat » d'études primaires supérieures. L'enseignement secondaire se termine par le baccalauréat, l'enseignement primaire se termine par le » certificat d'études primaires supérieures. Les hommes qui dirigent » l'évolution de la démocratie sont d'avis qu'on doit donner *les mêmes* » *sanctions à ces deux enseignements.* Il faut, dit-on, qu'on puisse, par

» l'enseignement primaire, arriver aux mêmes carrières que par l'en-
» seignement secondaire. »

Nous partageons absolument les idées de M. Godon et nous ajouterons (après avoir étudié la Psychologie de l'Education du Dr Gustave Le Bon[1]) que, les résultats désastreux de l'enseignement classique ayant été reconnus par les universitaires qui ont déposé devant la commission d'enquête, ils se sont demandé comment y remédier.

La cause du mal, le bouc émissaire a été vite découvert, c'était le *baccalauréat*. Radicalement on a résolu de le supprimer et sans perdre de temps un projet de loi a été déposé dans ce sens au Sénat.

Supprimer était bien entendu une façon de parler, nous n'hésitons jamais à demander des réformes radicales, mais nous sommes, par caractère, d'un conservantisme très tenace, et nous nous bornons souvent à changer les mots, sans toucher aux choses ; cet infortuné baccalauréat nous a montré un exemple fort intéressant de cette mentalité spéciale. Après la suppression on a proposé (et cela dans le même projet de loi) de le rétablir sous un autre nom. Au lieu de s'appeler *baccalauréat* il s'appellera *certificat d'études*.

Ne pouvant s'en prendre à leurs méthodes, à leurs programmes, ce qui eût été s'en prendre à eux-mêmes, les universitaires s'en prennent au baccalauréat et aucune injure ne lui est épargnée.

M. Lavisse, professeur à la Sorbonne, écrit : « Je suis l'ennemi
» convaincu du baccalauréat que je considère, passez-moi le mot
» violent, comme un *malfaiteur*[2] ».

Dans une conférence, le même M. Lavisse, après avoir constaté que la façon dont on fait passer l'examen est « *scandaleuse* », ajoutait :

« Bien que je puisse affirmer que les jurys ont, en somme, des
» habitudes de large indulgence (si large qu'être bachelier ne signi-
» fie à peu près rien), il est certain que dans l'examen oral comme
» dans l'examen écrit des juges cotent plus haut, d'autres plus bas.
» Ici encore un candidat peut être refusé salle A qui aurait été reçu
» salle B. C'est le palier qui fait la différence. »

M. Poincarré dit : « Le gros événement que j'aperçois dans le bac-
» calauréat c'est que cet examen donne non pas le maximum des
» efforts faits par l'enfant, mais tout au contraire un minimum acci-
» dentel tiré en quelque sorte à la loterie sur deux ou trois points
» déterminés. — La part de chance y est tout à fait excessive. »

Les candidats au baccalauréat sont fixés sur ce point et ont recours à tous les moyens de fixer la chance, on fait agir les gens influents

---

1. Librairie Ernest Flammarion.
2. *Enquête*, tome 1er, page 40.

sans parler de la fraude, car M. Lavisse dit encore : « Dois-je ajouter » enfin qu'un trop grand nombre de candidats ont recours à la fraude ? » Certainement l'examen comme il est pratiqué est *démoralisateur.* » (Voir *Enquête*, tome 1er, page 40.)

Les candidats n'oublieront pas non plus les réponses chères à l'examinateur, toute erreur de doctrine étant fatale au candidat.

Ce qui fera encore longtemps la force du baccalauréat c'est son prestige aux yeux des familles. Elles le considèrent comme un titre nobiliaire destiné à séparer leur fils de la vile multitude. Le président de la Commission d'enquête M. Ribot l'a marqué dans les termes suivants (Rapport général, *Enquête*, tome IV, page 44) :

« Le baccalauréat ainsi compris est un des contreforts du décret de » messidor sur les préséances. Il n'est plus une garantie de bonnes » études, il est devenu une sorte d'institution sociale, un procédé » artificiel qui tend à diviser la nation en deux castes dont l'une peut » prétendre *à toutes les fonctions publiques,* dont l'autre est formée » des agriculteurs, des industriels, des commerçants, de tous ceux qui vivent de leur travail et en *font vivre le pays.* »

L'expérience et l'observation sont les principes de toute conception. La connaissance des faits particuliers doit précéder tout essai d'explication et de théorie scientifique. Nous devons donc observer les choses dans leur origine et leur développement.

L'Odontologie comporte des problèmes vitaux : les dents, les organes et les tissus de la bouche sont des parties de l'économie vitale, leur conservation, leur bonne santé, leur rétablissement comportent des procédés et des mesures thérapeutiques qui nécessitent l'étude de cette branche de science biologique désignée sous le nom de *médecine.* Donc, si nous voulons le dentiste instruit médicalement parlant, notre programme d'entrée à l'école dentaire devra être compris dans son véritable sens.

Votre Commission a donc adopté ce principe :

« Les connaissances préliminaires qui devront être exigées des » futurs dentistes, avant le commencement de leurs études professionnelles, seront les mêmes que celles dont doivent justifier les » autres étudiants des Facultés. »

Transitoirement la Commission adopte le projet Lannelongue en ce qui concerne les études préliminaires [1].

Depuis quelques années les odontologistes ont réclamé le baccalauréat pour les futurs dentistes, aussi le Prof. Lannelongue dit dans son projet de réorganisation des études dentaires : « En dehors de » mon opinion personnelle j'ai pu recueillir une *unanimité absolue* de » la part des dentistes que j'ai interrogés pour exiger le baccalauréat

1. *Odontologie*, du 15 juin 1907, page 359.

» ou le certificat d'études primaires supérieures. Les femmes devront » présenter le diplôme de fin d'études secondaires des jeunes filles » qui est presque l'équivalent du baccalauréat [1]. »

Nous pensons avec la Commission que bon nombre de nos confrères verront d'un bon œil cette décision de la Commission. Nous nous sommes suffisamment amoindris en proclamant que nos écoles et nos maîtres ne sont pas à la hauteur de leur tâche ; malheureusement pour nous bon nombre de groupements ont abondé dans ce sens et ont ainsi fait le jeu de MM. les stomatologistes.

En ce qui nous concerne personnellement, bien que nous ayons *à priori* réclamé le baccalauréat, nous ne pouvons l'accepter de gaieté de cœur, car nous aurions voulu pouvoir adapter notre méthode d'instruction au plus grand nombre de sujets possible et commencer leur instruction à l'âge de 16 ans au moins. Nous partageons entièrement la manière de voir de M. Roy et nous répétons avec lui : « Ne perdons » pas de vue cet objectif : les études dentaires doivent se commen- » cer de bonne heure et les conditions d'entrée ne doivent pas être » un obstacle à cette précocité de l'instruction technique [2]. »

Chez nous il faut être ouvrier avant de devenir ingénieur.

Quelle sera la solution du problème médical ?

Ainsi que nous le disions précédemment, nous ne pouvons chercher la solution du problème complexe des études médicales en odontologie que dans l'*expérience* et *l'observation*, dans un *raisonnement* à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des faits.

La méthode expérimentale est le sol qui fournit à la graine les conditions de son développement. Elle secoue le joug philosophique et théologique, n'admet point d'autorité scientifique personnelle, elle proclame la liberté d'esprit et de la pensée, elle puise en elle-même une *autorité impersonnelle* qui domine la science. Elle part des faits pour remonter à la cause prochaine et pour découvrir le *déterminisme* des phénomènes.

Nous ne pouvons connaître ni le commencement ni la fin des choses, mais nous pouvons, dit Claude Bernard, « saisir le milieu c'est-à-dire ce qui nous entoure immédiatement ». Cette méthode a pour objet de trouver l'harmonie entre la raison pure et les faits du monde extérieur. Prévoir et diriger les phénomènes, tel est le but de la méthode expérimentale.

---

1. *Odontologie*, du 15 mars 1907, page 243.
2. *Odontologie*, du 15 mars 1907, page 223 et suivantes.

Empruntant la méthode de son maître Magendie, Claude Bernard disait : « En entrant au laboratoire on doit laisser les théories au vestiaire », ceci dit en ce qui concerne l'instruction technique à donner à nos jeunes élèves à leur entrée à l'école dentaire.

L'expérience n'est au fond qu'une observation provoquée dans un but de contrôle en vue de faire naître une idée. Un fait n'est rien par lui-même il ne vaut que par l'idée qui s'y rattache ou par la preuve qu'il fournit.

« On n'arrivera jamais, dit Claude Bernard, à des généralisations » vraiment fécondes et lumineuses sur les phénomènes vitaux, qu'autant qu'on aura expérimenté soi-même et remué dans l'hôpital, » l'amphithéâtre, le laboratoire, le terrain fétide et palpitant de la vie. » Les faits sont des matériaux nécessaires, mais c'est leur mise en » œuvre par le raisonnement expérimental, c'est-à-dire la théorie, qui » constitue et édifie véritablement la science. »

Les théories odontologiques ont leur point de départ dans des expériences physiologiques.

Que dit le Prof. Lannelongue dans son projet de réorganisation des études dentaires ?

« L'heure n'a pas encore sonné où il *faille demander le diplôme de* » *docteur en médecine* pour faire un dentiste ; mais j'estime qu'on » doit y songer pour un avenir aussi rapproché que possible, et c'est » *favoriser l'évolution dans ce sens que de franchir une nouvelle étape* » *en diminuant la distance qui sépare les deux diplômes*...

» Conformément aux vœux antérieurs du comité consultatif, je » crois qu'il convient d'accepter un cycle de cinq ans pour la durée » des études, avec un minimum d'âge d'entrée de seize ans. Toutefois on pourrait facilement réduire les études à quatre ans avec » un enseignement plus serré, plus substantiel comme technique, » comme savoir théorique, mais à la condition d'organiser les études » plus méthodiques, plus systématiques à l'aide de cours théoriques, » cliniques, de travaux pratiques dans les laboratoires parfaitement » ouillés *et dans des conditions établies dans ce but*. Mais une pareille » organisation *ne saurait être proposée à Paris* qu'avec la création » d'un *Vaste Institut dentaire* AUTONOME. »

Nous partageons entièrement les idées de M. le Prof. Lannelongue en ce qui concerne le dernier paragraphe, mais nous ne croyons pas à la nécessité du doctorat en médecine pour faire un dentiste, car en 1895, lors de notre examen à la Faculté de médecine de Paris, nous avons pu nous rendre compte qu'il y avait vraiment un contraste étrange entre les questions posées aux candidats et les connaissances nécessaires à la pratique de l'art dentaire.

Nous pensons avec notre regretté maître Paul Dubois que : « Quel que soit le régime sous lequel on veut placer l'exercice

» de l'art dentaire en France, il y a profit national à laisser aux den-» tistes la gérance de leurs intérêts moraux, le soin du développe-» ment scientifique et technique de leur art. »

Théoriquement, abstraction faite de tout esprit de parti, il est certain que la liberté de l'enseignement supérieur est, comme toutes les libertés, chose louable et désirable. Nous ne voulons pas faire œuvre d'hostilité à l'Etat (ainsi que nous l'avons dit au début de notre communication), au contraire, mais nous voulons instruire nos élèves à leur guise, leur donner une instruction très solide pour l'avenir et leur laisser *la faculté d'opter ou ne pas opter pour les études médicales complètes*.

Nous pensons que le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris est aussi compétent pour établir un programme d'enseignement que le groupement stomatologique.

L'école libre a des avantages sociaux politiques et corporatifs évidents et la nécessité de son *autonomie*, de son *indépendance* s'impose à tous les esprits soucieux des intérêts généraux de notre Patrie.

En montant pour la première fois en 1847, comme suppléant dans la chaire de Magendie, Claude Bernard disait audacieusement à ses élèves : « La médecine scientifique que j'avais pour mission de vous enseigner n'existe pas ».

Expérimentez, disait Magendie, qui avait tellement en horreur les doctrines et les théories médicales qu'il les jugeait ainsi : « Tout cela n'est que des paroles ».

Claude Bernard montre que la base de la médecine scientifique est la physiologie, c'est-à-dire l'application immédiate et rigoureuse du raisonnement aux faits que l'observation et l'expérimentation nous fournissent.

Le problème médical pour nous, odontologistes, comprend la physiologie, l'étude des phénomènes normaux qui, avec l'hygiène, nous apprend à conserver les dents, la santé ; la pathologie nous apprend à prévenir le développement des conditions morbides et à les combattre par la thérapeutique. Donc chaque problème au point de vue physiologique, pathologique, thérapeutique devra être résolu par une expérimentation rationnelle, scientifique, thérapeutique, toxicologique et surtout technique.

Repousser systématiquement l'école supérieure libre, autonome, ce serait méconnaître l'évolution de l'esprit humain dans toutes les sciences. Ce qui importe surtout c'est de ramener les idées aux faits, non les faits aux idées.

Conclusions.

Tout ce que nous venons de dire sur l'Odontologie n'a qu'un intérêt philosophique. Nous avons prouvé que nous tenons à mettre

nos élèves en contact avec les réalités au lieu de transformer leur science en manuels, tableaux et formules. Tous nos efforts doivent donc se diriger pour l'autonomie de notre enseignement.

La meilleure réforme utile de l'enseignement supérieur est de le rendre libre.

C'est dans l'enseignement libre, permettant aux professeurs de montrer leur valeur pédagogique, leur aptitude aux recherches, que nous pourrons recruter les maîtres de l'enseignement odontologique.

En disant que la Faculté de médecine ne peut donner l'instruction spéciale nécessaire à de jeunes étudiants dentistes nous en donnons la preuve dans ce qu'écrivait Magitot dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 22 février 1900.

« Quant à l'Odontologie, dont la loi, aux termes du projet, a » l'intention d'imposer l'enseignement dans nos Facultés et dans nos » écoles de médecine, nous ne comprenons pas très bien comment » il fonctionnera. Nous n'envisageons pas cet agrégé s'improvisant » dentiste et faisant, au pied levé, un cours complet d'Odontologie. » Logiquement il faudrait tout au moins *quatre années pour l'apprendre avant de l'enseigner*, puisque ce délai est précisément celui que » fixe la loi pour l'éducation du dentiste. »

Donc l'autonomie de notre profession s'impose parce que :

1° D'après Magitot, le grand maître des Stomatologistes, il est impossible à la Faculté de médecine de donner l'enseignement odontologique ;

2° Nous pensons avoir suffisamment démontré que l'Odontologie est une science autonome. Elle est un art par ses applications journalières, elle est une science par ses moyens d'étude qui doivent approfondir les détails qui ont constitué le fondement de nos connaissances et nous avons le devoir, nous odontologistes, de généraliser et perfectionner les principes qui en découlent ;

3° De même qu'en économie politique on distingue les valeurs diverses, nous devons envisager les diverses valeurs de la science médicale en odontologie et ne pas oublier que la médecine générale ignore tout de la pathologie dentaire ;

4° Ainsi que le disait M. Roy en 1900, au 3e Congrès dentaire international : « Le besoin d'une instruction préalable pour l'étudiant en » chirurgie dentaire est incontestable et il concluait à la nécessité d'études scientifiques et de mécanique dentaire *faites dans des conditions* » *nettement déterminées* avant d'aborder la dentisterie opératoire. »

Nous n'acceptons pas le stage de prothèse dans le laboratoire d'un dentiste, car avec M. Roy « nous trouvons préférable de le » faire dans une école dentaire plutôt que chez les praticiens en raison des conditions pédagogiques. Il y a certes quelques avantages » à faire le stage dans le laboratoire d'un praticien si l'élève rencon-

» tre un mécanicien habile et pédagogue, mais cela est rare et il est » beaucoup de laboratoires de dentistes dans lesquels le stage consisterait simplement à couler des modèles ou à polir des pièces dans » lesquels on donnerait à l'élève de très mauvais principes de pro- » thèse ».

N'oublions pas les paroles prononcées par W. Brophy en 1905 à Hanovre à une réunion de la F. D. I. :

« Le meilleur maître c'est l'Ecole dentaire. »

Nous dirons avec nos maîtres, MM. Godon et Roy, que les deux années de stage préparatoire à l'Ecole dentaire serviront à développer chez nos jeunes élèves non seulement une culture manuelle afin de leur donner la dextérité et l'habileté opératoires qui leur sont nécessaires, mais aussi une culture intellectuelle comprenant des cours de chimie, physique, histoire naturelle, mécanique, etc., qui prépareront l'élève à subir au bout de ses deux années de cours préparatoires les examens du P. C. N. dentaire peu différent du P. C. N. appliqué à la profession médicale et lui permettant de poursuivre ses études pendant les trois années de scolarité.

Imitant en cela les écoles américaines, l'enseignement technique sera donné à l'Ecole dentaire autonome par des techniciens auxquels on demandera un savoir technique indiscutable, un certificat d'aptitude pédagogique délivré après examens passés devant le corps enseignant et la commission d'examens de l'Ecole dentaire. Les titres universitaires entreront en ligne de compte pour la délivrance du certificat d'aptitude au professorat, mais avec un très petit coefficient.

L'enseignement scientifique qui marchera de pair avec l'enseignement technique sera donné par des maîtres faisant actuellement partie du corps enseignant des écoles libres reconnues d'utilité publique, docteurs en médecine, internes des hôpitaux, professeurs à la Faculté de médecine, docteurs ès sciences, etc.

« D'où la nécessité d'avoir un laboratoire complet d'enseignement » dentaire, tout prêt à servir pour les sessions d'examens » ainsi que le dit le Prof. Lannelongue dans son projet.

Baccalauréat. — Nous pensons avec MM. Godon, Roy et Blatter que le baccalauréat n'est pas une chose souhaitable pour les conditions d'entrée à l'Ecole dentaire, nous en avons donné les motifs plus haut.

Nous pensons que le certificat d'études primaires supérieures est non seulement suffisant, mais qu'il offre des avantages sérieux au point de vue du recrutement de nos jeunes élèves qui pourront commencer leurs études à 16 ans. Nous ne croyons pas non plus à l'efficacité du baccalauréat comme preuve d'instruction et d'éducation.

Nous ne répéterons jamais trop que les conditions à l'entrée à l'Ecole dentaire ne doivent pas être un obstacle à la précocité de

notre enseignement technique, que les deux années de stage préparatoire développeront beaucoup l'instruction et l'éducation de nos jeunes élèves, conditions nécessaires pour pouvoir passer avec succès l'examen de validation de stage.

En 1890, l'article 8 du projet Chevandier, Dellestable, Michon, Bizarelli, de Mahy, Marmottan, en ce qui concernait la réglementation de l'art dentaire, était ainsi conçu :

« Nul ne pourra exercer l'art dentaire s'il n'est muni d'un diplôme » de dentiste décerné après examen *par un jury d'Etat*. Cette disposition ne sera applicable que lorsque le jury sera constitué et qu'un » enseignement technique sera organisé *soit dans les écoles dentaires » libres reconnues d'utilité publique, soit dans les écoles de l'Etat.* »

Notre maître Paul Dubois disait (*Odontologie*, juillet 1890, pages 314, 315) :

« Le projet Chevandier est empreint d'un esprit de libéralisme auquel nous ne pouvons que rendre hommage. Rédigé par des membres de la Commission de la précédente législature, il témoigne » d'une connaissance approfondie de la question. Ses auteurs veulent bien reconnaître les efforts progressifs des dentistes pendant ces » dix dernières années et pensent que l'enseignement libre peut parfaitement préparer à l'obtention du diplôme d'Etat.

» Sur la question d'enseignement technique le Conseil supérieur » de l'Instruction publique est incompétent ; est-il besoin d'ajouter » qu'il en est de même pour l'Administration ? Si un texte légal n'y » met obstacle, la nomination des examinateurs, la désignation des » matières d'examen et les conditions d'études se feront certainement dans un esprit rétrograde, rétrécissant le champ de la » spécialité, entravant les idées de liberté ainsi que l'organisation » *autonome* de la profession, restreignant les facilités d'accession » des mécaniciens-dentistes au patronat. »

« A nos yeux, le grand mérite de la proposition Chevandier es » qu'elle proclame la supériorité des écoles libres et qu'elle les associe à la transformation exigée par la loi ; tout en laissant au Gouvernement *la facilité de se substituer à l'initiative privée, si celle-ci, » reste au-dessous de la tâche qui lui serait dévolue.* »

Nous ne rappellerons pas ici les séances orageuses qui eurent lieu dans nos réunions entre les partisans de la liberté et les partisans de la réglementation, nous constaterons simplement que, le 30 novembre 1892, la loi concernant l'art dentaire fut votée, et nous, odontologistes, nous dûmes accepter, toute faite, la loi d'une assemblée qui ne connaissait rien de nos besoins, de nos aspirations et qui, à l'aveuglette légifère sur tout.

Pourquoi nous a-t-on retiré, à nous, membres du corps professionnel, membres du corps enseignant des écoles dentaires reconnues

d'utilité publique, les moyens de donner notre enseignement, de former nous-mêmes des hommes instruits pouvant se rendre utiles à la société et à l'Etat.

D'après la loi de 1892, ainsi que le disait le Prof. Brouardel : « Comment distinguer le point à partir duquel l'affection du maxillaire » cessera d'être dans le domaine du dentiste ; en effet les esquilles » osseuses, les inflammations des sinus consécutives à la carie den- » taire ou à la périostite alvéolo-dentaire dépendent-elles de l'action chirurgicale ou de celle du dentiste ? »

Si l'Etat veut avoir des dentistes instruits, qu'il s'adresse aux dentistes pour les former, qu'il accepte l'*Enseignement professionnel* après avoir sérieusement étudié, discuté les intérêts sociaux qui sont ceux de l'Etat et les programmes d'enseignement que nous soumettrons à son approbation.

Au mois d'août 1890 Paul Dubois écrivait dans *L'Odontologie* :

« L'école libre autonome ne grève pas le budget, n'étend pas la » sphère de l'action administrative, d'où économie et simplification » gouvernementale. Elle fait appel à des bonnes volontés en les invi- » tant à des concours gratuits, ce que ne pourrait faire l'Etat, elle » habitue une catégorie de citoyens à la gérance d'intérêts généraux. » L'enseignement corporatif est une conséquence de la République » et de la loi sur les syndicats professionnels. »

Que l'Etat accepte l'autonomie complète de notre profession, que l'école libre ne relève de son contrôle que pour les questions d'hygiène scolaire, de moralité ou de salubrité. En ce qui concerne les examens scolaires nous demandons que le *Jury d'examens* soit choisi chaque année par le Conseil général du Groupement. La liste des membres du jury serait soumise au *referendum* professionnel à chaque réunion générale annuelle, puis présentée par le Conseil général à l'acceptation des pouvoirs publics. Le diplôme de fin d'études serait celui de *Docteur en Odontologie* délivré par l'Etat après le rapport du jury d'examens.

Ce diplôme équivaudrait à un nombre à déterminer d'inscriptions à la Faculté de médecine et permettrait au dentiste de continuer ses études de médecine générale, s'il le désirait.

Bien entendu « nul ne pourrait exercer l'art dentaire en France, sans être possesseur du diplôme de Docteur en Odontologie, même comme opérateur dans un cabinet dentaire. Les docteurs en médecine ne pourraient exercer l'art dentaire qu'après avoir subi l'examen du Doctorat en Odontologie ».

Les dispositions transitoires permettraient aux dentistes déjà établis de continuer à exercer leur profession et de concourir pour le diplôme de Docteur en Odontologie.

Pour terminer nous dirons que notre profession ne sera forte que

lorsque tous nos groupements seront bien organisés, bien disciplinés, et feront tous leurs efforts pour se grouper, s'unir, progresser et se moderniser.

A la cohésion stomatologique nous devons opposer la cohésion odontologique.

N'oublions jamais l'intransigeance de nos anciens, de nos maîtres, fondateurs du Cercle des dentistes et du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris lorsqu'il fut question d'assimiler l'art dentaire à l'art médical, soyons toujours pénétrés de la *déclaration de principes* placée à la première page de l'*Annuaire du Groupement.*

Il nous est impossible de transiger, car nous nous trouvons en présence d'une question de principes, *c'est notre droit que nous réclamons*, nous voulons marcher à la conquête de notre *autonomie*. Le rêve ne doit pas tuer l'action ; nous comptons pour arriver au but, sur notre énergie, notre force et les succès acquis.

Nous avons eu à lutter ces derniers temps contre un syndicalisme *sans idéal,* obligé d'aller, *tôt ou tard, hors de lui, malgré lui,* chercher les éléments de sa vie politique ou morale.

Le syndicat professionnel, arme de révolution, qui aurait dû servir pour nos revendications et combattre avec autant d'ardeur que nous, membres de l'Association générale des dentistes de France, a servi la cause des stomatologistes en écrivant que nos écoles et nos maîtres n'étaient pas à la hauteur de leur tâche. Nous pardonnons à ces écrivains de la première heure, car nous savons « que la passion de la gloire comme toutes les autres est impatiente de jouir ».

Nous dirons avec M. Sauvez : « Un syndicat doit être un élé-
» ment de fraternité, un instrument de liberté, un gardien jaloux de
» la liberté professionnelle..... Pour nous nous ne cesserons de
» redire, demain comme aujourd'hui : le maximum de liberté, la
» fraternelle bienveillance, l'union de tous, voilà la vraie sauvegarde
» de l'avenir de notre profession. »

Vive la Fraternité dentaire nationale !

NÉCROLOGIE

LOUIS ATHÉNAS

On annonce la mort de M. Louis Athénas, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., membre de l'Association générale des dentistes de France, établi à Saint-Denis (Ile de la Réunion).

Ceux qui l'ont connu ont gardé de lui le meilleur souvenir.

Ses concitoyens lui avaient offert un mandat législatif que l'état de sa santé ne lui permit pas d'accepter.

Il laisse un fils et une fille ; cette dernière, D.E.D.P. et D.F.M.P. va lui succéder dans son cabinet.

Nous adressons à toute sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

La Stomatologie et le Congrès de chirurgie.

Il vient d'arriver une mésaventure assez piquante à l'un des grands chefs de la Stomatologie. Encore tout enivré des lauriers cueillis au Congrès de Paris, il avait demandé son admission au Congrès de chirurgie qui vient d'avoir lieu. A son grand étonnement, le Comité d'organisation repoussa sa demande parce qu'il est dentiste !!!

Il est assez curieux de voir un des pontifes stomatologistes qui a passé son temps à jeter du discrédit sur les dentistes et à frapper d'ostracisme ceux qui ne possèdent pas le doctorat recevoir à son tour la peine du talion. Etre mis à l'index par ses pairs dans une réunion où un autre dentiste était déjà admis et alors que plusieurs membres de l'Ecole dentaire de Paris étaient admis au Congrès de médecine, rien ne pouvait lui être plus *Cruel!*

Voilà qui venge un peu les simples chirurgiens-dentistes de leur exclusion — qui n'est pas encore irrévocable — du prochain Congrès de Budapest !

Qui veut engeigner autrui s'engeigne soi-même, comme dit le bon Fabuliste.

Bien qu'il s'agisse d'un de nos adversaires, nous n'en regrettons pas moins cette mesure d'exclusion à l'égard d'un dentiste..., le fût-il malgré lui.

Nominations.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Strauss, sénateur, membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris.

*
* *

Le Dr L. Theuveny, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé, après concours, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris, dans le service de la maternité de l'hôpital Beaujon.

Nos lecteurs se souviennent certainement que le Dr Theuveny a été notre collaborateur en publiant ici ses travaux très intéressants sur : *Les accidents de la première dentition* et *Les dents chez le fœtus et le nouveau-né syphilitique.*

Nous lui adressons les sincères félicitations de la rédaction de *L'Odontologie.*

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris a constitué son bureau de la façon suivante dans son assemblée générale du 15 octobre :

Président : M. Touchard.
Vice-présidents : MM. Audy, Blatter.
Secrétaire général : M. H. Dreyfus.
Secrétaire adjoint : M. G. Villain.

Mariages.

Le mariage de notre confrère M. Albert Boisseuil, chirurgien-dentiste à Limoges, avec Mlle Jane Deschamps, a été célébré le 24 septembre à Ségur (Corrèze).

Le mariage de Mlle Marguerite Cohen, fille de notre confrère de Valenciennes, avec M. Sylvain Braun, professeur adjoint au Lycée de Nancy, a eu lieu le 30 octobre à Valenciennes.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Concours à l'École dentaire de Paris.

Le dimanche 10 novembre prochain commenceront à l'École dentaire de Paris :

1	concours pour	1 place	de prof. suppl. de	clinique dentaire.
1	—	—	—	prothèse.
1	—	2 places	—	dentisterie opératoire.
1	—	1 place	—	pathologie dentaire.

Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'A. G. D. F.

L'assemblée générale que nous avons annoncée pour le 26 octobre a eu lieu. Les modifications aux statuts, le vœu relatif aux services dentaires dans l'armée ont été adoptés et la question des réformes des études dentaires a été renvoyée à une assemblée générale extraordinaire qui se tiendra le samedi 9 novembre, à 8 h. 1/2 du soir.

27e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

COMBINAISON HYPERANESTHÉSIQUE DE LA COCAINE

(Communication au Congrès de Reims, août 1907.)

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Par M. ACHILLE AUDY,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Et par M. ANDRÉ,

Pharmacien de 1re classe.

Il y a quelques années, lors d'un de nos Congrès [1], nous avons signalé l'existence d'une combinaison particulière de la cocaïne, le *vanillate de cocaïne,* et montré, avec quelques détails, la signification qu'il convenait de lui attribuer au point de vue thérapeutique.

Nous faisions, en même temps, cette remarque : que, malgré l'apparition périodique d'anesthésiques nouveaux et les avantages particuliers de certains d'entre eux, l'importance de la cocaïne n'avait pas diminué, parce que son pouvoir anesthésique n'avait jamais été égalé.

Depuis, d'autres anesthésiques ont vu le jour ; mais, comme avant, la cocaïne a conservé sa position.

Il est vrai qu'on n'envisage plus du tout aujourd'hui, comme il y a quinze ans, la pratique de l'anesthésie par la cocaïne. A cette époque, on attribuait à ce médicament une

1. Cherbourg, 1905. V. *Odontologie* 15 oct. 1905, XXXIV, p. 301.

toxicité plus considérable que celle qui lui appartient réellement. On croyait aussi à la nécessité de recourir à des doses plus fortes que celles que nous employons ; les solutions avaient un titre plus élevé. Or, la technique des injections, mise à l'étude, s'est affinée et précisée ; la posologie a été réglée. Parallèlement, les expériences des physiologistes nous ont appris qu'il existe un écart notable entre la dose utile et la dose toxique.

De son côté, la pharmacologie de la cocaïne s'est perfectionnée. Ce médicament, qui, dans le principe, était souillé par la présence d'autres corps plus toxiques existant à côté de lui dans la feuille de coca, est préparé maintenant à l'état de pureté absolue.

Ces considérations ont enlevé beaucoup de son intérêt à la recherche de nouveaux anesthésiques locaux.

C'est précisément ce qui nous conduit à revenir sur le perfectionnement que nous avons apporté aux solutions de cocaïne par l'addition d'*acide vanillique,* et sur l'utilisation plus complète qu'il nous permet de faire des propriétés de cet alcaloïde.

Rappelons très sommairement ce qu'est l'acide vanillique et celles de ses propriétés qui se rapportent à notre objet.

Cet acide, comme son nom l'indique, dérive de la *vanilline,* partie odorante de la gousse de vanille ; c'est le premier terme de son oxydation.

On peut aussi le rattacher au gaïacol. Celui-ci, par simple fixation d'acide carbonique, donne l'acide vanillique.

Cette double parenté est très intéressante, parce qu'elle nous a permis de prévoir l'existence, dans l'acide vanillique, de deux qualités essentielles : l'absence de toxicité et le pouvoir anesthésique.

Nous ne reviendrons pas sur les expériences que nous avons faites pour vérifier nos prévisions théoriques, et qui ont établi la mesure de l'utilité qu'on pouvait retirer de l'association de l'acide vanillique à la cocaïne.

Mais nous vous demandons la permission de vous exposer brièvement les expériences de M. L. Roux, qui, outre

qu'elles confirment nos conclusions, ont établi un point nouveau, savoir que l'acide vanillique à l'état de *vanillate de soude,* était vaso-dilatateur.

Ceci offre un certain intérêt, puisque, contrairement, la cocaïne est vaso-constrictive et que c'est à cette dernière propriété qu'on fait remonter la cause des syncopes qu'elle produit quelquefois.

M. Roux fit des injections sous-cutanées d'acide vanillique sous forme de vanillate de soude en solution au 1/10e, comme essais de traitement de la tuberculose pulmonaire. Ce qui suit est le résultat de ses observations.

Nous passerons sous silence toutes les considérations qui se rapportent à la tuberculose pour ne relater que les phénomènes intéressants au point d'injection.

Les doses ont varié de 1 à 6 ^{cmc} de solution de vanillate de soude au 1/10e soit de 0.10 à 0.60 centig. d'acide vanillique.

Réaction générale : Pas de fièvre, pas de frisson, pas de sueur, ni de malaise quelconque.

Réaction locale : Parfois chez certains malades, légère sensation de chaleur à la place injectée se produisant de suite après la piqûre durant environ une demi-minute et pas plus forte après injection de 5 ^{cmc} que de 3 ^{cmc}. Cette légère réaction (rougeur et sensation de cuisson) dépend donc uniquement du tempérament du malade.

L'injection même de 6 ^{cmc} faite profondément dans les tissus du dos ne laisse aucune induration, en ayant soin de masser la région injectée ; ce massage ne sera fait que cinq minutes environ après l'injection.

Un autre fait caractéristique est l'apparition, à chaque piqûre, de quelques gouttes de sang, quelque précaution que l'on prenne. Ce phénomène est dû à l'action vaso-dilatatrice de l'acide vanillique. Ce fait a été mis en évidence par quelques expériences :

1° Sur le cobaye, l'incision de la peau de la paroi abdominale ne donne à l'état normal qu'un léger suintement ; lorsqu'on injecte seulement dans cette paroi 1/2 ^{cmc} de vanillate de soude, et qu'on pratique une incision semblable

comme profondeur et dimension, il y a écoulement d'une certaine quantité de sang pur et la plaie reste longtemps sanguinolente ;

2° On pratique sur le bord libre de l'oreille d'un cobaye une section complète de 1 cm 1/2 de longueur, il se produit un écoulement de sang qui s'arrête spontanément au bout de une minute environ ; on fait à la base de l'oreille du côté opposé une injection de 1/2 cm^3 de solution de vanillate de soude et une fois l'injection terminée on fait une fente semblable sur le bord libre de même dimension, on constate alors que le sang coule abondamment et l'écoulement ne sera pas encore arrêté dix minutes après l'incision.

La solution de vanillate de soude produit localement l'anesthésie. L'effet apparaît environ deux minutes après la piqûre et dure environ une dizaine de minutes.

L'anesthésie réelle est plus ou moins forte suivant les tempéraments. Tandis que chez certains malades elle est absolue, chez d'autres il n'y a pas insensibilité absolue, mais plutôt une anesthésie diffuse, chez d'autres enfin on constate seulement une diminution de la sensibilité.

Pour réaliser cette anesthésie, 2 cm^3 sont nécessaires et il est inutile de dépasser 5 cm^3. L'anesthésie ne paraissant pas plus intense avec 6 cm^3 qu'avec 4 cm^3. A la dose de 3 à 4 cm^3 deux minutes après l'injection on constate dans un rayon de 3 centim. autour de la piqûre, une anesthésie très prononcée. Dans cette zone on peut enfoncer complètement une aiguille de seringue de Pravaz perpendiculairement à la peau (en ayant soin de l'enfoncer avec une grande lenteur) sans que le malade s'en aperçoive. Ceci permettait de faire, après la première injection, une deuxième injection médicamenteuse, ordinairement assez douloureuse, et alors à peine sentie par le malade, sauf la sensation de tension. (Rappelons que ces injections étaient faites comme traitement de la tuberculose pulmonaire.) Nous avons parlé plus haut de massage pour éviter les indurations au point d'injection de ces quantités massives, et nous avons recommandé de ne faire ce massage que cinq minutes après l'injection, c'est le temps

nécessaire pour que l'anesthésie soit complète. Ce massage, indolore si l'on attend les cinq minutes après la piqûre, est douloureux, si on le fait plus tôt.

Et M. Roux de conclure : En résumé l'acide vanillique sous forme de solution de vanillate de soude au 1/10e nous donne à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 une anesthésie variable, mais néanmoins très nette chez tous les sujets.

C'est de plus un médicament vaso-dilatateur. Nous nous permettrons de rappeler la forme sous laquelle la solution d'acide vanillique et de cocaïne est présentée pour l'art dentaire :

Formule.

L'acide vanillique est engagé dans les solutions de cocaïne à l'état de vanillate de soude :

Cocaïne pure................	1	centigramme.
Vanillate de sodium..........	1	—
Hydrolat de verveine composé.	1	cent. cube.

Dans cette formule, la cocaïne n'est pas à l'état de simple dissolution, mais bien à celui de combinaison avec le vanillate de soude. Le résultat est une dissolution de *vanillate de soude et de cocaïne.*

L'hydrolat de verveine composé confère à la solution l'avantage de l'inaltérabilité.

Conclusions.

La cocaïne étant, jusqu'ici, l'anesthésique local le plus puissant connu, son association avec l'acide vanillique constitue la forme la plus avantageuse pour son emploi en chirurgie et en dentisterie :

1° Parce que l'acide vanillique augmente le pouvoir anesthésique de la cocaïne ;

2° Parce que l'acide vanillique modère l'effet vaso-constricteur de la cocaïne et corrige les inconvénients qui en résultent.

DE L'UTILITÉ DE L'ENSEIGNEMENT DE LA DÉONTOLOGIE DANS LES ÉCOLES DENTAIRES

(Communication au Congrès de Reims, août 1907.)

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Par M. L. Quintin (de Bruxelles).

Je ne pense pas me tromper en disant que tous ou presque tous ceux qui s'initient à l'art dentaire, connaissent le livre de MM. Godon et Roger : *Le Code du chirurgien-dentiste*. C'est un guide précieux qui permet au dentiste de se rendre un compte exact de sa situation vis-à-vis de la loi. A ce point de vue, il a pu rendre service à beaucoup d'entre nous. Mais au point de vue moral et social il nous manque encore quelque chose : un livre, un cours ou des conférences qui permettent au jeune dentiste d'aborder la clientèle avec le maximum de chance de succès. Quand je dis succès, je n'envisage pas seulement la question matérielle, mais bien plutôt la situation sociale que tout homme, exerçant une carrière libérale, est en droit d'occuper.

La loi de 1892, en France, en créant le titre de chirurgien-dentiste, a beaucoup coopéré au relèvement de la profession. Je ne parlerai pas de la Belgique, car, hélas ! c'est toujours une loi de 1818, modifiée par un arrêté royal, qui nous régit. Mais, en raison de l'affinité particulière qui unit les deux pays, la situation de la Belgique s'est ressentie de l'état de choses nouveau créé en France. Témoin les nombreux dentistes belges qui sont venus s'instruire ou se perfectionner et dans les écoles dentaires françaises et dans les réunions organisées, auxquelles vous n'oubliez jamais de nous inviter, ce dont nous vous sommes toujours reconnaissants.

Par l'instruction méthodique donnée dans vos écoles, vous tracez la voie aux jeunes, par la publication de vos diverses brochures, vous entretenez le savoir de ceux qui sont déjà établis, par vos réunions et congrès, vous perfec-

tionnez considérablement le bagage scientifique professionnel en créant cette noble émulation, en même temps que, par ce coude-à-coude forcé, vous créez des liens nouveaux qui unissent les nombreux membres de la profession.

Sans s'en douter, ou plutôt sans qu'on paraisse y attacher une certaine importance, la mise en œuvre de ces trois grands organismes de la diffusion scientifique, l'éducation professionnelle n'est pas seulement scientifique, mais aussi hautement morale. En effet, par l'unification des méthodes, l'empirisme disparaît de plus en plus de la profession. Ce n'est plus le chaos d'autrefois, résultat du fait que chaque nouveau praticien devait s'initier et s'instruire à une seule source. Certes, on pouvait rencontrer il y a quelque cinquante ans de très bons praticiens, mais forcément les tares, les déformations professionnelles inévitables devaient déteindre sûrement sur l'apprenti. Il en résultait que les nouveaux venus dans la profession continuaient la spécialité à laquelle ils s'étaient appliqués, et bien rares étaient ceux qui se perfectionnaient dans les autres domaines dont la dentisterie est si riche. Aujourd'hui, on peut dire que l'étudiant en art dentaire, au sortir de l'école, peut aborder les diverses branches de l'odontologie avec une sûreté beaucoup plus grande. Mais si dévoués que soient les différents professeurs, ils ne peuvent arriver à guider, plus tard, l'étudiant devenu dentiste.

Lorsque celui-ci se trouvera livré à lui-même devant les malades qui viennent lui réclamer ses soins, s'il n'a pas un caractère bien trempé, si son éducation morale a été imparfaite, que de problèmes nouveaux surgiront devant lui. S'il en avait le temps, il pourrait certainement s'adresser sans crainte à ses anciens maîtres qui lui donneraient les conseils nécessaires en l'occurrence. Mais il n'en est pas toujours ainsi, le praticien nouvellement établi, souvent très éloigné, débute toujours par soigner les rebuts de la clientèle : les mécontents, les malins. C'est alors qu'est nécessaire le doigté pour remettre au pas des malades qui

ne chercheront qu'une chose : tirer profit de l'inexpérience du nouveau confrère. Quand on a eu la sagesse ou la chance de se perfectionner auprès d'un bon praticien établi depuis plusieurs aunées, les commencements sont beaucoup moins difficiles. Et, à ce point de vue seul, le stage tel qu'il est demandé à l'heure actuelle en France ne pourra que concourir efficacement au relèvement de la profession.

Par ce préambule, on peut déduire aisément ce qui en découle, c'est-à-dire la nécessité de la notion du devoir, ce qu'en terme plus large et généralement admis on appelle la déontologie : du grec το δεον, le devoir.

On définit généralement la déontologie : l'ensemble de nos devoirs envers nos malades, envers nos confrères, envers la société ; comme les devoirs et les droits sont intimement unis on peut ajouter : et réciproquement.

Je ne veux pas entrer dans une voie trop vaste pour cette simple communication, mais, si vous le permettez, j'esquisserai devant vous quelques-uns des multiples points à traiter dans un cours de déontologie ; vous pourrez ainsi vous rendre compte de l'importance et de l'utilité d'un cours de cette espèce.

Ce n'est pas toujours la science qui permet d'arriver, et les pouvoirs publics, inspirés de certaines idées de liberté, je le veux bien, ont omis, contrairement à ce qui se passait dans les anciennes corporations, de renseigner le jeune dentiste sur les devoirs qu'il se doit à lui-même dans l'exercice de sa profession sur ceux qu'il doit à ses malades, à ses confrères, à la société. Et c'est une faute, car il est important que le jeune dentiste soit au courant de tout ce que la société demande de lui, en plus d'une science suffisante d'une technique impeccable.

Tout d'abord, il n'y a guère de réussite dans notre profession sans la réunion d'un certain nombre de qualités physiques, intellectuelles et morales. Depuis toujours, je pense, le dentiste s'est rendu compte de l'importance qu'ont pour lui ses qualités physiques. La clientèle surtout féminine l'a forcément habitué à certaine recherche, à de la tenue, à de

la propreté. J'insiste toutefois pour le présent sur un point, la minutie de la propreté, l'asepsie. Comme dit feu Dubois, c'est une belle-mère très difficile à contenter.

Outre cette condition primordiale, le dentiste devra posséder une délicatesse toute particulière des organes des sens, une bonne vue, en même temps qu'une ouïe délicate, le sens du tact sera particulièrement étudié et sauvegardé. Et pour assurer la conservation de ces sens, certains exercices, basés sur une hygiène professionnelle sagement comprise, seront pratiqués journellement.

Pour réussir, il faut posséder également des qualités intellectuelles, à l'état passif et à l'état actif.

A l'état passif, sous forme de jugement, de sagacité pour permettre de discerner la façon de comprendre, de diriger le travail et éviter l'engouement, les emballements en thérapeutique dentaire, en prothèse. Tout cela, les bons dentistes l'ont toujours eu. Mais ce qui manque encore à notre profession c'est l'érudition générale, artistique, littéraire, philosophique; le dentiste, comme le médecin, doit toujours être à la hauteur de *tous* ses clients.

N'abaissons pas notre profession à un rôle exclusivement utilitaire, élevons-nous continuellement par notre science, par notre travail, par nos connaissances extra-professionnelles ; tôt ou tard nous en recueillerons les fruits.

Dans les débuts, on a souvent du temps à perdre, ne le perdons pas, employons-le utilement. J'ai vu avec une certaine satisfaction des dentistes allemands porteurs de grades philosophiques en même temps que du diplôme de dentiste.

Et par tous ces congrès internationaux, ne sentons-nous pas combien l'étude des langues étrangères est hautement utile, voire même nécessaire. *Trop de science ne nuit jamais.*

Mais ce qu'il importe de posséder au plus haut point, c'est la notion de notre devoir vis-à-vis des malades. N'oublions pas que nous avons à faire *à des malades.* De la patience, de la bonté, du tact, de la prudence, de la dignité

permettront au jeune dentiste de se rendre compte de la façon dont il doit se comporter vis-à-vis de ses patients, soit avec une cordiale bonhomie, soit avec une froideur ferme et polie. Notre dévouement complet doit être acquis à nos malades, sans tomber dans l'obséquiosité. Ce n'est pas seulement à ceux qui paient que nous le devons, mais et surtout aux déshérités ; pratiquons donc la philanthropie, sans toutefois nuire à nos confrères.

Et par-dessus tout cela, le dentiste doit avoir et montrer qu'il a confiance en lui-même, en son art. Pas de forfanterie, pas de scepticisme, de la conscience, le seul idéal matériel de gagner son pain en rendant service à son semblable, sans se soucier de cet épiphénomène, la gratitude.

SEPTICÉMIE CHRONIQUE D'ORIGINE BUCCO-DENTAIRE AVEC PURPURA INFECTIEUX SECONDAIRE

Par M. P. Vanel,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

De tout l'organisme, la cavité buccale est certes le milieu où se rencontrent en une aussi riche variété et où se développent le plus favorablement les microbes. Cela pour deux raisons : le phénomène même de la nutrition apporte constamment dans la bouche des microbes nombreux et variés, d'autre part le milieu buccal n'offre-t-il pas, pour certaines espèces surtout, les meilleures conditions au développement des cultures microbiennes : anfractuosités, humidité, milieu nutritif, température constante et favorable, oxygène. Aussi on y trouve de tout : bacilles, spirilles leptothrix, pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, bacille de Klebs-Loeffler, bacille de Kock, etc., etc. Normalement nous vivons presqu'en bonne intelligence avec ces hôtes dangereux, grâce à eux d'une part, grâce à nos moyens de défense d'autre part. Mais qu'une cause quelconque vienne à détruire cet équilibre, alors malheur à nous ; les germes pathogènes, retrouvant leur activité, leur nocivité, vont se développer tout à leur aise.

Et ainsi nous avons bientôt localement des foyers de suppuration qui, s'ils ne sont pas traités, deviennent pour l'organisme des foyers d'infection. D'où, suivant la résistance de cet organisme et suivant le degré de virulence de ces germes pathogènes, se développeront soit des manifestations locales, soit des manifestations générales infectieuses qui le plus souvent affecteront la forme septicémique.

On voit quelquefois, à la suite de lésions d'origine dentaire, de suppurations gingivo-dentaires, à la suite d'intervention chirurgicale en milieu infecté, des complications graves, résultant de l'intoxication de l'organisme par les microbes et leurs toxines. Mais suivant les cas, les choses

se présentent différemment : ou bien les foyers suppurés déversent dans le torrent circulatoire des produits toxiques qui, peu à peu, lentement mais sûrement, vont intoxiquer notre organisme, diminuer sa résistance, attaquer la vitalité même de ces cellules jusqu'à l'amener à une déchéance fonctionnelle dangereuse ; ou bien, au contraire, il y a irruption brusque, massive, de produits toxiques dans le sang, avec réaction violente. Ce n'est donc qu'une affaire de degré, et selon la proportion de toxines ou de germes pyogènes qui pénètreront dans l'organisme, cette infection générale d'origine bucco-dentaire présentera plusieurs formes : septicémie lente, chronique ; septicémie aiguë ; pyohémie.

La septicémie chronique résulte d'une intoxication lente, d'une absorption répétée, continuelle même, de produits toxiques, favorisée par ces particularités des suppurations bucco-dentaires : anfractuosités, cavités closes, déglutition du pus. Les symptômes de l'infection sont particuliers : ni fièvre, ni frissons, ou très rarement, ou très discrets, mais anorexie, dégoût pour certains aliments, augmenté souvent par une gêne fonctionnelle locale ; digestion mauvaise, alternative de diarrhée et de constipation. L'infection et cette diminution des éléments nutritifs ne tardent pas à amener un amaigrissement assez considérable, la perte des forces, des sueurs, une anémie intense avec une coloration pâle des téguments toute spéciale. Puis, tour à tour, chaque organe se trouvant touché, réagit suivant ses caractères.

On comprend que, plus tard, sur un tel organisme affaibli, miné, peuvent prendre naissance des affections secondaires qui évolueront avec d'autant plus de facilité que le terrain sera tout préparé et que nos moyens de défense, étant devenus insuffisants, seront incapables de réagir et d'entreprendre la lutte avec quelques chances de victoire.

Je crois que ces infections lentes, d'origine bucco-dentaire, sont plus fréquentes qu'on ne le croie, seulement elles restent souvent méconnues ou bien les symptômes observés sont rattachés à d'autres causes. En tous cas, leur pronostic

est relativement bénin et étroitement lié à une thérapeutique sévère et bien ordonnée.

C'est pour ces raisons que l'observation suivante que nous avons eu le bonheur de recueillir dans le service de notre maître, M. Parmentier à l'hôpital Tenon, nous a paru digne d'être rapportée.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, garçon de magasin, fatigué par le travail, de constitution faible, mais qui n'a jamais eu de maladies importantes ni dans l'enfance, ni dans l'âge adulte ; ni syphilis, ni blennorrhagie, ni tuberculose.

Au mois de janvier 1905, alors que le malade souffrait déjà de la bouche, quelques taches purpuriques sont apparues aux jambes ; le malade, fatigué, s'arrête de travailler quelques jours et tout rentre dans l'ordre.

Dans le courant du mois d'août de la même année, le malade est repris de douleurs légères au niveau des dents, mais surtout de gêne fonctionnelle. Il perd l'appétit peu à peu, ses forces le quittent, il restreint son alimentation aux liquides et reste ainsi sans aucun soin jusqu'à ce jour. Le 1er octobre 1905, il vient à l'hôpital, parce que, dit-il, il est trop faible pour pouvoir continuer son travail. A son entrée dans le service, le malade frappe par sa pâleur, son état asthénique. Comme alimentation il ne prend absolument que des liquides et en petite quantité ; souvent il a de la diarrhée. Température normale.

A l'examen, de suite, l'attention est attirée par la présence sur les deux jambes et là seulement, de larges taches ecchymotiques jaune, jaune brunâtre, s'étendant du milieu du dos du pied au genou et occupant principalement le côté externe, parsemé çà et là de quelques taches violacées. De plus, des deux côtés, vers le bord externe de la jambe, on peut voir une bande violacée, notablement plus large à droite, où elle atteint la largeur d'environ deux doigts et s'étendant des malléoles aux têtes péronières. Sur les cuisses quelques pétéchies discrètes. Ce purpura était apparu vers le 15 septembre.

L'interrogatoire du malade nous apprit peu de chose,

sinon qu'il avait une haleine extrêmement fétide et la parole légèrement embarrassée; symptômes qui nous furent expliqués par l'état de la bouche.

Il y avait là une pyorrhée alvéolo-dentaire ancienne, énorme, compliquée, telle qu'il est donné d'en voir rarement. Mâchoire supérieure, 16 dents; mâchoire inférieure, 14 dents; quelques caries (quatrième degré), et surtout une couche énorme de tartre recouvrant toutes les faces des dents.

A la mâchoire supérieure, les gencives sont énormes, œdematiées, violettes, saignantes, végétantes, laissant sourdre, au niveau de leur bord, un liquide sanio-purulent et ceci en particulier à la hauteur des grosses molaires qui sont très ébranlées. En certains endroits il existait même une véritable infiltration phlegmoneuse, sans abcès circonscrit. Le sillon gingivo-génien gauche était occupé par une tumeur molle, fongueuse, présentant çà et là des taches noires, un enduit blanc verdâtre et même des points de sphacèle; de telle sorte qu'à ce niveau, l'ensemble des dents et de la gencive atteignait un peu plus de 3 centimètres de largeur. De plus, on voyait sur la voûte palatine une masse semblable, grosse comme l'extrémité du pouce, allant des deux dernières molaires vers le voile et dépassant même la suture inter-maxillaire.

A la mâchoire inférieure, les lésions étaient bien moins accentuées et il n'y avait rien de particulier à signaler. Cependant on peut remarquer que le malade en était arrivé à cet état sans vraiment souffrir et même le contact d'instruments était presque indolore. C'est cette absence de douleur qui fait que le malade ne s'est jamais préoccupé de sa bouche; il y avait eu seulement gêne fonctionnelle qui avait empêché toute alimentation, sauf lait et bouillon depuis plus de deux mois.

Examen du sang. — Aucun retard de la coagulabilité; légère diminution de la rétractilité du caillot; pas de variation du nombre des globules ni déformations globulaires.

L'état général du malade ne pouvant expliquer ce purpura (ni sucre, ni albumine, ni diathèse, ni glycosurie alimentaire, ni maladies infectieuses générales), ne pouvant d'autre part regarder ce purpura et cette pyorrhée comme symptôme d'une même affection, le purpura étant apparu de longs mois après le début des accidents buccaux et généraux, l'idée nous est venue de considérer la chose comme un simple cas de purpura infectieux secondaire, admettant que notre malade qui avait sa pyorrhée depuis des années, s'était infecté peu à peu.

Dans ces conditions nous ne pensons pas être téméraire en faisant le diagnostic de *septicémie chronique et purpura infectieux secondaire*, ayant pour cause une infection d'origine dentaire.

Traitement.—Extraction des deux molaires supérieures droite et gauche, caries du quatrième degré; nettoyage méthodique de chaque dent; grands lavages à l'eau oxygénée; chlorure de zinc à 1/30.

Au bout de dix jours, amélioration sensible, plus de suppuration.

Au bout de trois semaines, gencives revenues à peu près à l'état normal; dents chancelantes un peu consolidées; purpura presque complètement disparu.

On continue les lavages à l'eau oxygénée et trois fois par jour brossage des dents à l'eau alcoolisée au quart.

Un mois et demi après son entrée, le malade quitte l'hôpital sinon complètement guéri, du moins très amélioré.

OBSERVATION D'UNE FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. APPLICATION DE L'APPAREIL DELAIR DANS L'ARMÉE

Par M. G. Couturier,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, D. E. D. P.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 15 octobre 1907.)

Lorsque, l'année dernière, M. Delair présentait à la Société d'Odontologie un appareil simplifié pour réduction des fractures du maxillaire inférieur, son intention était de démontrer pratiquement l'utilité du chirurgien-dentiste dans l'armée. Cette nécessité est incontestable, tant au point de vue des services qu'il peut rendre en temps de paix, qu'à celui de son rôle en temps de guerre.

L'âge et les circonstances particulières dans lesquelles se trouvent les militaires, sont autant de facteurs susceptibles de déterminer des phénomènes morbides du côté des maxillaires.

Les dents de sagesse évoluent pour la plupart à ce moment et provoquent souvent des accidents suivis de graves conséquences ; en outre les militaires, et principalement les cavaliers, sont sujets à subir des traumatismes violents dans la région faciale et pouvant occasionner des fractures des maxillaires, ou déterminer des pertes de substance osseuse nécessitant l'application de la prothèse chirurgicale.

Il serait donc à souhaiter que le chirurgien-dentiste devint dans l'armée, selon la théorie du professeur Delair[1], *l'auxiliaire naturel du médecin militaire* et que toutes facilités lui soient données pour y rendre les services qu'on est en droit d'attendre de lui.

Je viens de terminer mon service à l'hôpital militaire de Constantine où, en qualité de chirurgien-dentiste j'avais obtenu la faveur d'assurer le service dentaire ; j'ai pu

1. V. *Odontologie*, 15 septembre 1902.

ainsi constater l'état déplorable dans lequel se trouve la bouche de la plupart des jeunes gens et dans bien des cas il m'a été permis d'y remédier dans la mesure de mes moyens.

Il y a quelques mois j'ai eu l'occasion d'intervenir dans un cas de fracture compliquée du maxillaire inférieur que je crois intéressant de relater. J'ai pu confectionner un appareil Delair avec les moyens tout à fait restreints dont je disposais et que pourrait au besoin utiliser le chirurgien-dentiste militaire en campagne.

Le 28 janvier 1907 le cavalier P..., du régiment de chas-



seurs d'Afrique en garnison à Constantine, reçoit un coup de pied de cheval à la face, et entre à l'hôpital militaire. La joue et l'œil gauches sont fortement tuméfiés, la lèvre supérieure a été écrasée contre les dents ; deux larges plaies horizontales siègent, l'une au niveau de la fosse canine, l'autre le long du bord inférieur du maxillaire inférieur. Le malade ouvre la bouche difficilement, les incisives supérieures gauches ne sont retenues dans leurs alvéoles que par un lambeau de gencive, elles doivent être extraites ainsi que

la canine, trop mobile pour espérer sa consolidation ultérieure.

La région osseuse correspondante à ces dents est enfoncée ; aucune dent n'est brisée sur le maxillaire inférieur, mais la seconde prémolaire et la molaire de 6 ans sont ébranlées, de chaque côté au niveau du trait de fracture ; la palpation de ces régions est douloureuse ; et l'on perçoit très nettement la crépitation caractéristique aux fractures. Le trait de fracture est vertical et a son point de départ en avant de la dent de 6 ans ; de chaque côté les segments postérieurs sont tirés en haut et en dedans par suite de la contraction des muscles masticateurs, le tronçon antérieur est enfoncé en dedans et l'articulation des dents n'existe plus. Appelé à donner des soins à ce blessé, je proposai à M. le médecin-major chargé du service de chirurgie, d'exécuter un appareil de contention du maxillaire. Il m'en donna l'autorisation à condition toutefois de restreindre le plus possible les dépenses, et d'exécuter ce travail rapidement. Je pris les empreintes d'après les procédés employés à l'Ecole dentaire, mais ne pouvant me procurer une plaque d'aluminium, pour la légèreté de la mentonnière, je dus confectionner cette dernière en fer étamé provenant des débris d'une boîte de conserves alimentaires de campagne ; quant à la gouttière intra-buccale, je l'exécutai en étain fondu d'après les indications données par mon maître M. le professeur Delair dans *L'Odontologie* du 15 février 1906. La fabrication de l'appareil entier nécessita 3 heures et demie de travail ; il pesait 150 grammes et revenait environ à 1 fr. 25. J'avais donc rempli les conditions qui m'étaient imposées : modicité de prix et rapidité d'exécution. J'ajouterai qu'en guise de creuset pour la fusion de l'étain je m'étais servi d'un « quart » à l'usage des soldats.

L'appareil fut appliqué et le blessé put presque immédiatement manger et parler, sans crainte de mobiliser les segments de son maxillaire ; en outre dès le lendemain il retirait et remettait lui-même les pièces très facilement, pour le nettoyage et les pansements.

Vingt-cinq jours après, le cal formé était suffisamment solide pour permettre au blessé de mastiquer normalement, l'articulation dentaire étant parfaitement rétablie, l'appareil fut donc retiré.

La photographie ci-dessus a été prise huit jours après la pose de l'appareil, la plaie externe n'étant pas complètement cicatrisée, il a été indispensable de maintenir un pansement dans la mentonnière, celle-ci remplissant dans ce cas un double rôle : celui de tuteur des fragments à consolider, et aussi de réceptacle des pansements ordonnés par le médecin-major.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE DE JAMESTOWN

COMPTE RENDU PAR M. ETCHEPAREBORDA, D. E. D. P.

Délégué de la Société d'Odontologie de Paris.

Le Congrès dentaire de Jamestown s'est ouvert dans le vaste hall des jardins de l'Exposition le jour dit, 10 septembre à 10 h. du matin; l'assistance comprenait un grand nombre de membres américains et quelques étrangers.

Cinq cents dentistes y avaient adhéré et quand le président du Comité d'organisation, M. Burten Lee Thorpe, fit l'appel, la plupart étaient présents.

La première matinée fut consacrée à des discours de bienvenue et aux réponses à ces discours. A 2 h. 1/2 le même jour, les fauteuils et les tables de démonstrations étaient occupés et nous pûmes voir alors la bonne organisation du Congrès.

Le Comité d'organisation était composé de :

MM. Burton Lee Thorpe, *président.*
Thos. P. Hinman, *vice-président.*
F. W. Stiff, *trésorier.*
H. Wood Campbell, *secrétaire.*
R. H. Walker.
T. S. Grace.
Clarance J. Grieves.

Il mérite les plus grandes félicitations, car ce Congrès a incontestablement constitué une des cliniques les plus vastes et les plus complètes qu'on ait jamais vues.

Le programme annonçait cent soixante-trois démonstrations aux fauteuils et aux tables et *seulement trois communications orales illustrées*, de sorte que les discussions monotones furent évitées, car la réunion semblait avoir uniquement pour but de montrer pratiquement les derniers progrès réalisés dans la profession et nous n'hésitons pas à déclarer que ce but a été atteint d'une manière satisfaisante et brillante.

Le grand hall avait été divisé en deux parties : l'une pour les fauteuils et les tables de démonstrations, l'autre pour l'exposition technique et commerciale. Dans la dernière, des démonstrations pratiques de porcelaine et d'inlays d'or avaient lieu d'une façon permanente, et des appareils nouveaux et des perfectionnements de toute sorte étaient exposés constamment par des représentants de fabriques.

L'attention des congressistes fut appelée principalement sur la confection d'inlays de porcelaine et d'or par les représentants de la

maison S. S. White, qui montraient les perfectionnements récents ; ainsi que par l'ingénieux appareil pour moulage centrifuge de M. Jamenson, faisant avec simplicité des inlays d'or, et au moyen duquel l'or fondu est projeté dans le modèle de l'inlay par un mouvement rapide de rotation. Beaucoup d'inlays d'or furent ainsi exécutés avec succès au moyen de cet appareil.

Je ne saurais oublier de mentionner l'appareil de W. F. Laurenz, simple et utile pour la soudure des couronnes, ponts et plaques et le nouveau et bon séparateur ajustable d'Ivory.

Dans la section des expositions techniques deux choses furent très intéressantes et très instructives : une exposition d'anatomie comparée et la collection de modèles de la Société américaine d'orthodontistes.

M. William Bebb, professeur à l'Ecole dentaire de Californie, montra ses collections nombreuses et variées des maxillaires de différentes espèces d'animaux inférieurs, tous habilement préparés. Beaucoup de crânes, présentant des maladies des os maxillaires d'origine dentaire chez l'homme, les vaches, les chèvres, les daims, les chiens, les singes, les chats et présentant également des irrégularités dentaires chez les animaux inférieurs, se remarquent dans cette collection.

Celle-ci contenait aussi des spécimens de dents montrant le résultat de travaux défectueux en aurifications et en amalgames, de dents présentant toute espèce d'anomalies de forme, de structure, de dimension, etc. et toute espèce de maladies, des tissus dentaires.

Cette collection se compose de deux mille pièces, c'est-à-dire la moitié seulement de celles qu'emploie M. Bebb pour enseigner l'anatomie comparée et la pathologie dentaire à l'Ecole dentaire de Californie.

La collection de modèles de faces et de bouches de la Société américaine des orthodontistes était également très remarquable. Elle montrait la méthode de travail suivie en orthodontie depuis le commencement du traitement et la technique employée de telle manière qu'elle offrait de l'intérêt aussi bien à l'étudiant qu'au praticien.

MM. C. S. Case, de Chicago, *V. H. Jackson,* de New-York, S. *E. Dolson* et *H. I. Kelsey* étaient les principaux exposants de cette partie, qui ne comprenait pas moins de deux cents anomalies dentaires. M. Jackson a présenté quatre-vingt-dix irrégularités dentaires corrigées par son procédé bien connu.

M. Dolson a présenté une série de cas de *Freanum* à partir du commencement dans les dents temporaires jusqu'à l'achèvement. Autres modèles de la classe III : modèles des bouches idéales et des bouches avec les conséquences des végétations adénoïdes ; modèles de Ketchan montrant que nous devons traiter les patients de bonne heure afin que le pourcentage des malocclusions des dents adultes soit considérablement réduit.

M. Case a présenté quatre modèles de la face et quatre modèles des maxillaires avec rétroversion des dents inférieures jointe à une légère protrusion supérieure corrigée principalement par la force intermaxillaire, sans extraction ; quatre modèles de la face et six modèles du maxillaire offrant des protrusions maxillaires corrigées, après l'extraction des quatre premières bicuspides, par des couronnes sur les premières molaires et l'application de la force intermaxillaire; quatre modèles de la face et six modèles de la bouche avec rétrusion des dents supérieures corrigées principalement par le mouvement en avant des dents antérieures du haut ; six modèles de la face de deux cas de protrusion et de rétrusion.

M. Kelsey a montré des cas typiques de cette classe caractérisés par une protrusion des dents du haut jointe à une rétrusion des dents inférieures, corrigée par l'extraction de la première bicuspide supérieure et par le refoulement en arrière des dents labiales supérieures avec un mouvement en avant de toutes les dents inférieures.

L'exposition d'histoire dentaire se composait principalement d'anciens livres traitant de dentisterie, dus à des Européens et à des Américains ; de modèles de pièces du haut et du bas faites avec des dents naturelles, avec des dents d'hippopotame ; de caoutchouc des premiers temps ; d'attelles interdentaires ; de tours primitifs ; d'obturations primitives ; de clefs américaines et européennes et de daviers anciens ; de celluloïde, d'or, de plaques en gencive continue, etc. Il y avait un vieux dentier intéressant, fait avec de la vulcanite au moment où elle fut imaginée, présentant le procédé défectueux de la manipulation de la vulcanite à cette époque. Cette pièce venait de France et avait été envoyée à M. Kirk, par M. Platschick, le dentiste bien connu.

Les démonstrations aux fauteuils et aux tables eurent lieu le mardi 10 septembre de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2 ; le mercredi 11 à la même heure, et le jeudi 12, de 9 h. 1/2 du matin à 5 h. 1/2 du soir. Elles étaient faites par des praticiens venus de tous les points des Etats-Unis. Le bâtiment était pourvu de toutes les commodités modernes et rien ne manquait à cet égard.

Les démonstrations furent parfaitement exécutées et ainsi l'intérêt de la réunion ne fut pas amoindri le moins du monde.

Il m'est impossible de relater en détail dans un rapport toutes les opérations exécutées ; du reste le *Dental Cosmos*, qui était l'organe officiel du Congrès, les publiera toutes. Je ne les décrirai donc pas.

Toutes les opérations de dentisterie moderne furent faites et on consacra beaucoup d'attention aux inlays d'or et de porcelaine.

Le club S.V. Black et Welstaedt fit de nombreuses démonstrations de ses méthodes spéciales d'aurification pendant les trois jours. Tandis que *M. Welstaedt* démontrait théoriquement son procédé de

préparation des cavités et d'aurification sur de grands spécimens en carton, plusieurs assistants exécutaient la partie pratique de la démonstration dans la bouche du patient.

Deux espèces de porcelaine furent employées : celle à basse fusion, celle à haute fusion ; mais cette dernière fut préférée par la majorité des démonstrateurs, ainsi que le procédé de prise de l'empreinte directement dans la bouche avec une feuille de platine.

De bonnes démonstrations furent faites par *MM. F. T. Van Woert, John Q. Bryan, D. H. Baldwin.* Sur les couronnes, les bridges, fixes et amovibles, les couronnes et les bridges sans soudure.

La démonstration de *M. Albert Jarman* fut très remarquable.

Il présenta une malade avec quatre ponts, et montra la façon d'étudier dans l'étau sur des dents naturelles son système. Il montra aussi le procédé au moyen duquel les couronnes et les bridges peuvent être faits par le coulage.

La démonstration de M. Albert W. Jarman, de Philadelphie, fut très intéressante. Il porta sur quatre cas de couronne et de bridge amovibles présentés dans la bouche d'un patient avec le travail exécuté sur l'étau ajusté à des dents extraites préparées d'une manière semblable à la préparation dans la bouche, montrant le procédé au moyen duquel les couronnes et les bridges peuvent être faits par le coulage. Les bridges étaient maintenus en place au moyen d'un moulage en télescope, de tubes, de chevilles et d'inlays d'or pour butoirs.

Le procédé Jarman pour le moulage d'une couronne consiste dans l'adaptation d'un ruban d'or à la racine, ruban dont les bords sont fondus ensemble sans soudure et qui est légèrement plus petit que la racine à laquelle il s'adapte. On le tend alors à l'aide de pinces (Collar Pliers) pour l'ajuster exactement à la racine préparée. Cela fait, la pointe s'obtient en obturant la partie supérieure du ruban avec de la cire paraffine rose. En fermant l'articulation, on prend une empreinte exacte de celle-ci avec de la cire. Les fentes sont alors sculptées dans la cire et le contour est ajouté au moyen de la cire aux endroits où c'est nécessaire, ce qui permet de reproduire exactement la forme de couronne voulue. La surface de la cire peut être unie par le chloroforme ou le brunissage, etc.

Les couronnes prêtes pour le moulage, cette opération peut se faire par un procédé quelconque ayant un moufle assez grand pour recevoir la pièce. Le Taggart, le Custer, le Platschick ou tout autre appareil analogue peut être employé [1].

M. Gustave North, de Cedar Rapids (Jowa), a présenté un procédé qui consiste à ajuster la dent à la place d'où elle est tombée et

1. Nous recommandons la lecture de la communication de M. Jarman aux praticiens qui pratiquent le bridge, car elle est pleine de détails intéressants, mais trop longs pour être reproduits ici.

portant deux trous dans la plaque correspondant à la position des pivots ; après que la dent a été ainsi adaptée, les pivots sont divisés avec une scie très plate et la dent est mise en position sur le bridge et y est maintenue par un amalgame très mou ; les pivots sont ouverts, aplatis et l'excès d'amalgame est enlevé.

Deux procédés de réparation des dents dans les bridges furent exposés : celui de *M. Mac Neill*, dans lequel la plaque d'or est coupée verticalement en deux points correspondant aux clous à partir du bord avec des disques de carborundum ; on ajuste alors la dent et on la met en position pour façonner dans la face buccale de la place un morceau d'or en feuille au travers duquel le pivot doit passer, en enlevant la dent et la plaque façonnée, en soudant et en cimentant.

M. V. H. Jackson a montré son procédé qui consiste à corriger les dents avec des appareils en fil métallique, ainsi que le moyen d'ajuster les fils et de les souder, et il a présenté plusieurs cas compliqués corrigés par sa méthode.

M. Rodriguez Ottolengui présente plusieurs cas d'orthodontie avec photographies et modèles montrant les résultats du traitement. L'un d'eux, rentrant dans la classe II des malocclusions, est particulièrement intéressant, car il montre la rapidité avec laquelle de bons résultats peuvent être obtenus par une application de force convenable : les dents du bas étaient en rétrusion considérable, le maxillaire supérieur était contracté latéralement, les dents supérieures étaient en protrusion et tout avait repris sa position normale avant l'expiration de 3 mois de traitement.

La communication de *M. F. T. Van Woert :* « L'obturation au ciment est-elle l'obturation de l'avenir ? » arrive à la conclusion que nous pouvons faire des obturations très durables avec du ciment si celui-ci est très bien protégé par de l'or ou des inlays de porcelaine. M. Van Woert a montré, aux démonstrations, la manière de préparer la cavité pour des obturations de porcelaine, en ajustant la matrice d'or en dehors de la bouche et en se servant de la porcelaine à basse fusion de Jenkins.

La communication de *M. W. M. H. Taggart* sur la confection des inlays d'or, des bridges et des pièces, était attendue avec intérêt et la démonstration fut faite avec le plus grand succès.

Auparavant M. Taggart présenta de magnifiques modèles de plaques d'or, de couronnes, de bridges, d'aurifications et d'obturations d'alliage, de couronnes avec pivots, etc., avec sa méthode *de la cire perdue* et sa nouvelle machine, dans laquelle l'or est fondu à la flamme de l'hydrogène et coulé dans le modèle avec une grande pression fournie par un cylindre à gaz. Cette pression devait être considérable, car M. Taggart montra des bridges composés de plusieurs couronnes.

REVUE DE L'ÉTRANGER

EXPÉRIENCES SUR L'ADAPTATION DES PLAQUES

Par Stewart J. Spence, de Chattanooga (Etats-Unis).

Une pièce s'adaptant exactement rend-elle les mêmes services qu'une pièce plus petite que le maxillaire ? Quel est l'effet sur l'adaptation de l'application d'un revêtement, d'un vernis ou d'une feuille d'étain sur le modèle ? Quel est l'effet de l'expansion du plâtre de Paris en produisant une pièce trop grande et d'un procédé de contraction de cette pièce par la chaleur ? Telles sont les questions qu'il y avait lieu d'élucider en se livrant à ces expériences

Pour celles-ci, l'auteur s'est servi d'une *dummy-mouth*, c'est-à-dire d'une imitation du maxillaire supérieur avec du caoutchouc dur à la base et du caoutchouc non vulcanisable pour servir de membrane muqueuse.

Une empreinte de ce modèle en caoutchouc fut prise en plâtre ne se dilatant pas, avec un porte-empreinte du haut ; on obtint ainsi un modèle en plâtre non dilatable à l'aide duquel fut fait un dentier complet (plaque de vulcanite) comme on le fait d'ordinaire. Cette plaque fut essayée sur le modèle en caoutchouc primitif, pour s'assurer que la forme était restée la même. Puis elle fut contractée par la chaleur pour essayer si son adhérence avait ainsi augmenté ou diminué.

En même temps, il fut fait une autre plaque, en différant seulement en ce qu'elle était faite d'après un modèle en plâtre de Paris, et non d'après un modèle en plâtre non dilatable. Cette plaque fut contractée pour améliorer son adaptation au modèle en caoutchouc.

Quand ces deux modèles en plâtre eurent été séparés des empreintes, ils furent traités avec une solution de savon, remplaçant la salive, et replacés dans les empreintes; leur puissance d'adhérence fut mesurée en pesant la traction nécessaire pour retirer le modèle et les empreintes séparément : ceux en plâtre de Paris exigèrent une traction de 1 liv. 1/2, les autres de 8 liv. 1/2.

Quand le modèle de caoutchouc fut remis dans l'empreinte qui avait été séparée de son modèle de plâtre à une tension de 8 liv. 1/2, il en fut séparé avec une tension de 5 liv. 1/2, ce qui prouve que la surface en plâtre dure adhérait mieux que la surface molle du modèle de caoutchouc. On peut conclure de ces résultats que plus la bouche est dure, si l'adaptation est exacte, plus l'adhérence est forte.

Comme on voulait que la pièce en plâtre non dilatable sortît du

vulcanisateur en étant aussi exacte que possible, on la mit dans du plâtre d'une pièce durcissant trois fois plus difficilement que le plâtre de Paris, afin d'empêcher toute contraction de la zone de vulcanite pendant le refroidissement de la pièce ; puis, pour empêcher toute contraction verticale appréciable, ses parties épaisses, situées le long du bord alvéolaire, furent obturées avec du caoutchouc de Spence ne se contractant pas. Ce caoutchouc peut se fabriquer en ajoutant 20 à 25 o/o d'aluminium en poudre à du caoutchouc rouge dissous dans du chloroforme ; il n'a ni contraction ni porosité, il est légèrement plus cassant que la vulcanite ordinaire, il est de couleur gris d'acier et ne convient que pour les parties épaisses des plaques. Il donne une vulcanite spongieuse, si on l'emploie avant que le chloroforme se soit évaporé (ce qui exige environ 2 heures) et l'on ne doit pas employer de dissolvants moins volatils.

Ces deux pièces vulcanisées furent traitées par une solution de savon et pressées pour connaître leur adhérence au modèle en caoutchouc. La pièce en plâtre de Paris céda à une traction d'une 1/2 livre, l'autre à une traction de 3 livres. Cette dernière, à première vue, s'adaptait exactement au modèle de caoutchouc, mais la première présentait un espace de 5^{mm} environ et balançait beaucoup sur le palais. Sous la pression du doigt appliquée à l'arcade dentaire, deux ou trois touches légères dégageaient la pièce en plâtre de Paris, mais on ne pouvait pas du tout de cette façon enlever l'autre.

On passa alors à l'expérience de contraction des plaques. Chaque plaque fut plongée dans l'eau chaude pendant quelques minutes, assez longtemps pour permettre à la température de la plaque de s'élever jusqu'à celle de l'eau. La plaque en plâtre non dilatable ne présenta pas de diminution sensible avant 59°, mais à 64° et à 69°, il y avait un abaissement manifeste du modèle de caoutchouc à la voûte palatine ; cependant cela n'augmentait pas son adhérence, car celle-ci tomba de 3 liv. à 2 liv. 1/2 ; mais on ne put constater si cela augmentait ou diminuait sa résistance à la pression appliquée sur le bord, car on ne put l'enlever à aucun moment.

L'autre plaque fut traitée de même, mais son défaut primitif d'adhérence était tel qu'à 69° il n'y avait pas d'amélioration, et ce fut seulement quand la température fut celle de l'eau bouillante que sa contraction fut suffisante pour faire disparaître les intervalles susmentionnés et empêcher le balancement sur le palais. Alors la résistance à la traction directe augmenta de près de 3/4 de livre. Mais ce ne fut pas toutefois le principal gain. On sait qu'une plaque peut avoir un degré suffisant de résistance à la traction directe et cependant céder et tomber dans la bouche quand on essaye de mastiquer ou simplement par suite de la seule pression de la langue en parlant ; au contraire, une autre plaque, sans plus de succion que la première, peut rendre des services

en mastiquant et ne se dérange pas aisément quand on parle. La cause en a été démontrée par mon expérience de contraction de cette pièce trop large, car, avant qu'elle fût contractée, une touche ou deux du doigt sur le bord dentaire l'enlevaient du modèle de caoutchouc, tandis qu'après il fallait une pression considérable du doigt sur chaque bord alternativement pour le dégager. On peut en conclure que quand une pièce en vulcanite balance sur la voûte palatine, il est bon d'en réduire les dimensions par l'immersion dans l'eau chaude en commençant à 54° et en élevant graduellement la température suivant le cas. Il n'y a pas à craindre que cette opération ne rétrécisse la plaque ; au contraire, elle lui rendra si elle l'a perdue, la forme donnée par le modèle pendant la vulcanisation.

Si la plaque est destinée à une bouche où il y a eu beaucoup de résorption alvéolaire, de telle sorte qu'elle est au niveau du bord, et s'il faut une forte épaisseur de vulcanite le long de ce bord en raison de cette résorption, la rétraction de la plaque dans l'eau chaude ne peut faire que peu de chose et peut même ne rien faire du tout parce que : 1° l'arcade palatale en vulcanite est si plate qu'elle ne peut être abaissée beaucoup par contraction ; 2° la contraction verticale de la vulcanite très épaisse au-dessus du bord, en dégageant la plaque au bord, l'élève à la dîme palatale. L'emploi de caoutchouc non contractile est impérieusement indiqué dans ce cas, car une légère contraction verticale est aussi active pour le mal qu'une grande contraction superficielle.

On a pu remarquer que l'adhérence d'une plaque en plâtre de Spence au modèle de caoutchouc n'est pas égale à l'adhérence de celle-ci à l'empreinte, la première étant de 5 liv. 1/2, la deuxième de 3 livres. Cela est dû en grande partie à la présence de la feuille d'étain sur le modèle pendant la vulcanisation, comme le prouvent les expériences suivantes.

I.— Une empreinte du modèle de caoutchouc fut prise au plâtre non dilatable et la face intérieure de cette empreinte fut revêtue d'une feuille d'étain n° 6 ; il y fut versé du plâtre non dilatable pour faire un modèle. Après séparation et enlèvement de l'étain, empreinte et modèle furent essayés au point de vue de l'adhérence à la manière ordinaire. Résultat : traction de 5 liv. 1/2. Dans une expérience antérieure où l'on n'employait pas autre chose que le moyen ordinaire de séparation (solution de savon séchant complètement avant de couler le modèle) la traction était de 8 liv. 1/2, soit une perte de 3 livres au débit de la feuille d'étain n° 6.

II. — Même expérience que la première, sauf que la feuille d'étain était du n° 60 au lieu du n° 6.

III. — Semblable aux deux autres, sauf qu'au lieu de feuille d'étain on employa de la sandaraque. Résultat : une traction de 6 livres

antérieure à l'enlèvement du vernis, qui consistait en alcool, et de 4 livres après.

Ainsi donc une couche légère d'étain ou de vernis donne une grande différence dans l'adhérence, et ce vernis ne vaut pas mieux que la feuille d'étain nº 6. Donc il vaut mieux savonner les empreintes au plâtre que les vernir ; les modèles ne doivent jamais être revêtus de feuilles épaisses ; les feuilles d'étain, même minces, ne doivent pas être repliées sur elles-mêmes au bord buccal ni au bord palatal.

En faisant les deux plaques en vulcanite mentionnées plus haut une expérience fut faite pour s'assurer si l'on obtiendrait une plus grande adhérence en coulant un chapelet autour du bord buccal et du bord labial, au lieu de pratiquer une rainure dans les modèles. Le résultat ne prouva pas que cette méthode modifiait l'adhérence d'aucune des plaques, car leur résistance à la traction était la même après l'enlèvement de ce chapelet qu'auparavant. Dans la bouche, il peut en être différemment, parce qu'il s'agit de tissu vasculaire. Cependant si ce chapelet ne renforce pas l'adhérence, en enduisant de silex liquide la face buccale et la face labiale d'une empreinte après en avoir pris l'empreinte, l'adhérence de ce modèle à cette empreinte était augmentée d'une livre.

(*Dental Era,* juin 1906.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Séance du 27 octobre 1907.

A l'occasion de l'assemblée générale du Groupement de l'École Dentaire de Paris et de l'Association Générale des Dentistes de France, la Société d'Odontologie a organisé une séance de démonstrations pratiques, qui a eu lieu le dimanche matin 27 octobre, à l'Ecole Dentaire de Paris.

I. — INSENSIBILISATION DE LA DENTINE PAR DES INJECTIONS SOUS-MUQUEUSES, par M. TOUCHARD.

M. Touchard a expérimenté sur plusieurs malades la méthode, qu'il a le premier décrite et mise au point, d'insensibilisation des tissus dentaires [1]. On sait qu'elle consiste dans l'injection intra-gingivale d'une solution de cocaïne et d'eucaïne à laquelle on ajoute de l'adrénaline, cette dernière substance servant à limiter et à renforcer l'action de la cocaïne, et pouvant en somme être schématiquement considérée comme une ligature vasculaire de la région à imprégner.

M. Touchard insiste sur les détails de la technique qu'il recommande : injection très lente, enfoncement de plus en plus profond de l'aiguille jusqu'à 2 centimètres environ dans la direction de l'apex, en restant le plus près possible du périoste. La sensibilité de la dent s'atténue progressivement (entre 2 et 15 minutes) et l'anesthésie peut durer de 10 à 40 minutes.

Grâce à cette méthode, on peut pratiquer d'une façon indolore, en outre des extractions, la préparation des cavités, et la dévitalisation. Il nous a été donné d'en constater nettement l'efficacité dans un cas de dentine hypersensible, où le simple passage d'un tampon de coton déterminait à lui seul une douleur intolérable.

II. — ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU PROTOXYDE D'AZOTE, par M. STAVISKI.

M. Staviski a fait la démonstration de la technique de l'anesthésie générale par le protoxyde d'azote. Il a endormi successivement plusieurs patients. Le sommeil a, en général, été obtenu très facilement,

---

1. V. *Odontologie*, 1906, nº 17, p. 195.

et, dans la plupart des cas, s'est prolongé suffisamment pour permettre des extractions multiples.

III. — Inlays creux en or coulé, par M. G. Villain.

M. Villain fait une démonstration très suivie de son procédé de la confection des inlays creux, procédé dont nous avons publié la description.

Il insiste à nouveau sur l'utilité et même la nécessité du renforcement de la matrice.

IV. — Inlays en or coulé sous pression, appareils de Kenyon et de Custer, par M. R. Lemière.

M. Lemière présente deux appareils américains pour la fabrication des inlays d'or coulé sous pression : celui de Kenyon et celui de Custer. Ces deux appareils sont des applications du procédé Taggart. Ils se composent d'un moufle renfermant la matière d'investissement « de la cire perdue » reproduisant l'inlay, et d'un compresseur qui permet d'appliquer la pression de l'air, comprimé à deux atmosphères et demi environ sur l'or en ébullition.

L'appareil Kenyon nécessite, comme celui de Taggart, un chalumeau oxhydrique ; il est remarquable par sa simplicité. L'appareil Custer utilise la chaleur dégagée par l'arc voltaïque, chaleur bien supérieure à celle d'un chalumeau. Les résultats obtenus avec ces appareils sont excellents.

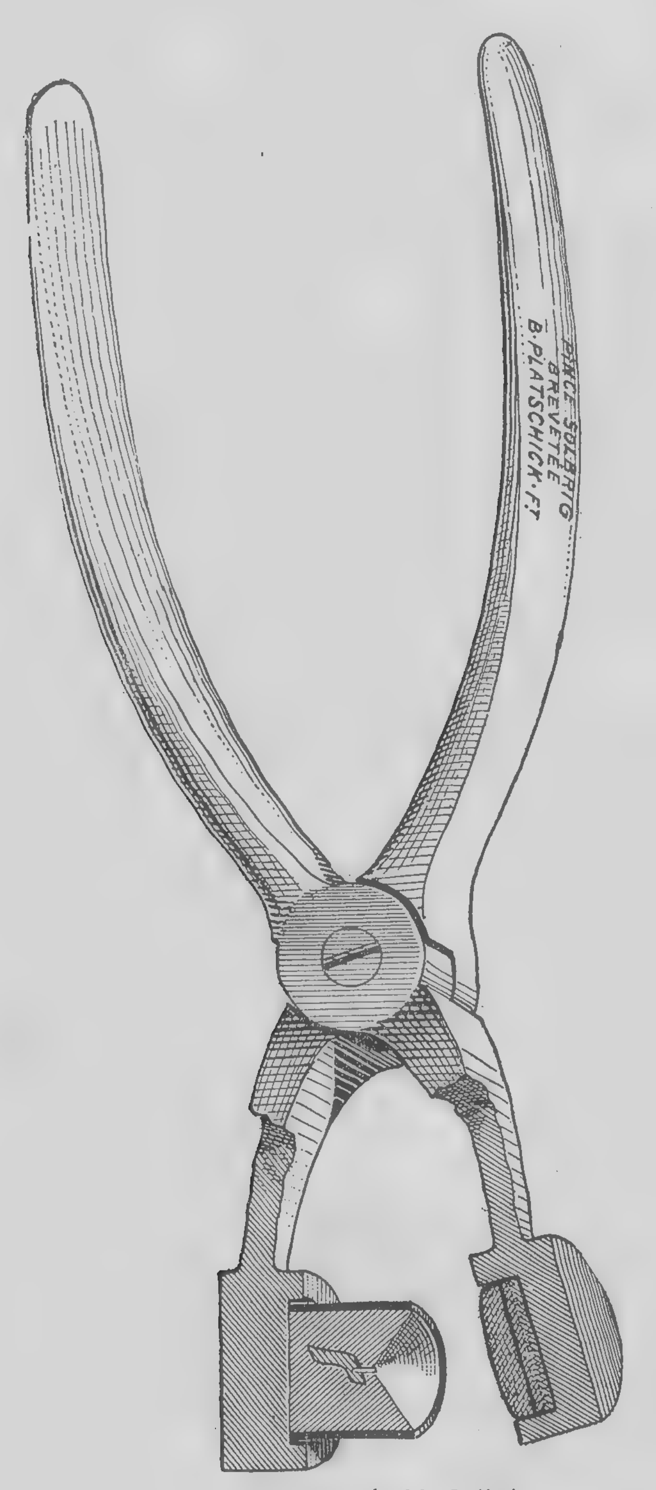
M. Lemière présente des inlays en or à différents titres et des inlays en étain. Il montre aussi des couronnes dont les cuspides sont fabriqués par ce procédé et brasés simultanément au moment de la coulée sous pression ; il montre également un bridge en étain, très exacte reproduction d'un bridge amovible système Peeso. Dans tous ces modèles, la coulée est parfaite, et il semble que ces appareils contribueront, pour une part, à la découverte de l'appareil idéal qui s'imposera bientôt à tous les partisans de la méthode nouvelle.

V. — Appareil nouveau pour la fabrication des inlays en or coulé sous pression, par M. O. Solbrig.

M. *Solbrig* a présenté un appareil très simple *(Voir la figure ci-contre)* qui permet de couler sous pression les blocs en or. Inutile, avec son procédé, d'avoir dans le laboratoire électricité et air comprimé pour ce genre de travaux : une pince spéciale et un chalumeau quelconque, voilà tout l'outillage infiniment peu compliqué. La technique opératoire ne l'est pas davantage.

Voici, d'ailleurs, une courte notice, dans laquelle, sur notre demande, M. Solbrig a bien voulu nous donner la description de son appareil.

« La face interne de chacun des mors de la pince est creusée en



Pince à inlay en or de M. Solbrig.

forme de godet cylindrique : l'un de ces godets reçoit la base d'un cylindre métallique contenant la masse de revêtement, l'autre une rondelle de fibre d'amiante mouillée.

» Le modèle de l'inlay est établi en cire et mis en revêtement à l'intérieur d'un cylindre métallique. On ménage dans la masse de revêtement un évidement conique formant entonnoir et relié avec le modèle en cire dans une partie dont la fidélité de reproduction est peu importante. On sèche alors le revêtement, et on brûle la cire avec soin. La pince ouverte est placée de façon que l'un des mors soit sensiblement horizontal. Dans le godet de ce mors on place le cylindre contenant le revêtement, l'évidement conique se trouvant naturellement à la partie supérieure. Dans cet évidement on met de petits morceaux d'or à 22 carats. On fond cet or avec un chalumeau. Quand il est parvenu à une température jugée suffisante, on ferme la pince. La rondelle d'amiante humide du mors supérieur vient au contact de la masse de revêtement fermant hermétiquement le cylindre qui la contient. L'eau dont elle est imprégnée se volatilise produisant une pression sous laquelle l'or fondu coule dans l'espace primitivement occupé par la cire. »

L'appareil dû à l'ingéniosité de M. Solbrig a été un sujet d'admiration pour tous ceux qui ont assisté à cette démonstration ; on a été unanime pour voir dans la pince Solbrig l'appareil idéal pour la confection des inlays en or.

VI. — Bridges en or coulé, par M. Platschick.

M. *Platschick* expose le principe d'un appareil destiné au coulage sous pression des bridges et autres pièces prothétiques en or, dans lequel la pression est produite au moment voulu au moyen d'un dispositif spécial, soit par explosion, décomposition ou volatilisation d'un corps judicieusement choisi, soit encore par production de gaz sous pression par réaction chimique de deux corps mis brusquement en présence.

VII. — Présentation d'un malade, par M. Rigolet.

M. Rigolet (d'Auxerre) présente un malade ayant subi la résection totale du maxillaire supérieur gauche. L'appareil prothétique combiné par M. Rigolet, et placé depuis deux ans, appareil remarquable par sa légèreté, a permis au malade d'oublier son infirmité, et vivre de sa vie normale. Notre distingué confrère a été vivement félicité pour le brillant résultat auquel il est parvenu, résultat si bien confirmé par un usage et une expérience de deux ans.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 29 octobre 1907.

La Société Odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle sous la présidence de M. Amoëdo, le 27 octobre 1907, à l'Hôtel des Sociétés Savantes.

Après lecture de la correspondance et du procès-verbal de la séance précédente, nous avons assisté à une intéressante présentation, celle de l'appareil de *Jameson's* pour la confection des inlays en or.

La méthode de Jameson's, dont la démonstration a été faite par *M. Williams,* utilise la force centrifuge transmise à l'or en fusion par un mouvement giratoire, obtenu à l'aide d'un appareil que je vais succinctement décrire. On confectionne préalablement, et selon la méthode ordinaire, un inlay en cire, avec cheminée, que l'on investit dans le mélange talc et plâtre, le tout mis dans un petit moufle cylindrique, que l'on soumet ensuite à la chaleur jusqu'à dessiccation complète. Quant à l'appareil, qu'on imagine une sorte de cuvette à fond d'amiante, assez comparable comme forme au jeu de hasard appelé roulette, mais plus profond ; au centre, émerge un pivot actionné par un ressort intérieur ; ce pivot supporte deux branches horizontales, formant ensemble un diamètre unique. L'une sert de contrepoids, l'autre porte une armature sur laquelle on couche horizontalement le moufle cylindrique contenant le moule de l'inlay, la cheminée regardant le centre de la cuvette. Devant la cheminée se trouve un petit plateau en terre réfractaire, où se met l'or que l'on fond avec un Fletcher. Dès que l'or est en fusion, on déclanche le ressort, et les branches horizontales se mettent à tourner avec une rapidité extrême. Quand elles s'arrêtent, l'opération est achevée, grâce à la force centrifuge, l'or a pénétré dans le moufle, et l'inlay est confectionné. Cet appareil que nous avons vu fonctionner donne d'excellents résultats.

M. O. Solbrig a présenté et décrit la pince dont il est l'inventeur, et qui, avec des moyens d'une simplicité extrême, permet d'obtenir des inlays en or de tous points parfaits. Nous renvoyons nos lecteurs à la description, que nous avons donnée plus haut [1], de ce procédé si simple et pourtant si ingénieux.

M. Dubois nous a conté une anecdote de sa vie de régiment, où l'on voit les funestes effets du biscuit, dit de guerre ; il a assisté à de véritables épidémies d'arthrite dentaire aiguë affectant telle ou telle

1. V. plus haut p. 420.

compagnie de son régiment, selon que telle ou telle avait reçu une distribution de ce biscuit. — A renvoyer au professeur de « Stomatologie militaire ».

M. Barden a lu une intéressante communication intitulée : Hémiplégie et lésions gingivales unilatérales ; hémorroïdes et hémorragies gingivales compensatrices.

Dans le cas décrit par M. Barden il est intéressant de voir la gencive inférieure d'un seul côté (côté affecté par une hémiplégie antérieure) être le siège d'abord d'ulcérations, puis d'hémorragies survenant à la suite de la suppression du flux hémorroïdaire. L'auteur explique les lésions unilatérales par des troubles circulatoires consécutifs à l'hémiplégie.

M. Lebedinsky cite, à ce propos, plusieurs exemples de congestions compensatrices, notamment des congestions de la pulpe et du ligament alvéolo-dentaire.

M. Barden, en nous faisant plaisamment remarquer que dans le mot *érosion* il y a *Eros,* nous a également entretenus de l'étiologie, assez scabreuse, de trois cas *d'érosion du frein de la langue* due à une pratique anormale, bien que très répandue, nous affirme notre si informé confrère. Ne possédant ni le doigté ni la légèreté toute littéraire de celui-ci, je n'aborderai pas le détail de cette communication. Il faut reconnaître toutefois que M. Barden s'est très joyeusement tiré de la difficulté, en se plaçant sous l'égide de l'indulgent auteur de Pantagruel.

H. D.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la malocclusion des dents

Par E. H. Angle, M. D., D. D. S. Saint-Louis.

7e édition, S. S. White C°, éditeurs.

Nous venons de recevoir la 7e édition de *Treatment of malocclusion of the teeth*, par E. H. Angle, M. D., D. D. S.

Dans cette nouvelle édition, entièrement revue et complétée, illustrée de 666 figures et photographies, *Angle* maintient les théories qu'il a émises dans ses ouvrages précédents, leur apporte une argumentation plus serrée et les fortifie de nombreuses illustrations dues à une longue expérience.

Certaines idées émises assez timidement dans la 6e édition (1900) deviennent des règles absolues, devant guider l'intervention de l'orthodontiste.

C'est ainsi que l'auteur condamne avec le plus parfait absolutisme l'extraction des dents, disant : « l'harmonie de la bouche avec le reste de la face n'est possible qu'autant que l'occlusion est normale, c'est-à-dire que chaque dent occupe sa place dans l'alvéole, qu'aucune ne fait défaut et que leurs relations entre elles sont normales ».

Nous regrettons cependant que l'auteur n'ait pas cru devoir rendre justice à ceux qui, bien avant lui, ont combattu l'extraction des dents, leur limage, les obturations défectueuses, ne rétablissant ni le contour ni la surface articulaire de ces organes. Nous regrettons particulièrement qu'après les polémiques récentes à ce sujet il n'ait pas donné la priorité à l'important travail de *I. B. Davenport*, le premier qui ait combattu l'extraction des dents, leur limage ou leur non-reconstitution en indiquant leur résultat désastreux pour l'articulation, appelée depuis *occlusion*, ni même mentionné ce travail. Angle semble vouloir trop facilement oublier que, longtemps après la publication du travail de *I. B. Davenport* 1887, il publia divers travaux d'orthodontie, illustrés de cas dans lesquels l'extraction de dents avait été faite en violation flagrante des lois de l'occlusion [1].

Les chapitres réservés à l'occlusion et à la malocclusion n'ont été modifiés que dans leur division comme tout l'ouvrage dans son plan. La classification d'Angle reste la même, l'auteur ne pouvait mieux

---

1. Voir *Cosmos*, 1899.
Voir *Angle*, 6e édition, 1900, p. 201, fig. 262.

faire que de s'en tenir à cette classification simple, méthodique et scientifique, ayant à sa base une règle absolue : les rapports mésio-distaux des dents, des arcades et des maxillaires. L'auteur, comme dans ses éditions précédentes, n'a pas classé les cas, rares il est vrai, dans lesquels une moitié latérale de l'arcade inférieure est en occlusion mésiale (classe II), tandis que l'autre moitié est en occlusion distale (classe III). Nous croyons qu'il eût été utile cependant d'indiquer un ou deux de ces cas et leur traitement.

Le chapitre réservé à l'art facial a été en grande partie modifié, *Angle* n'admet pas comme type idéal le profil d'Apollon, généralement pris pour modèle. Il dit avec raison que l'orthodontiste doit étudier chaque figure et baser son intervention sur la recherche de l'harmonie, chaque figure présentant un type spécial, avec ses lignes, ses contours caractéristiques.

Il est inadmissible de vouloir ramener toutes les faces à un seul type ; le nez hébreux ou bourbon, au milieu d'un profil grec ne serait-il pas du plus fâcheux effet, alors que dans un profil en harmonie avec lui, ce même nez donne à la face une expression, un caractère qui n'est pas dénué de beauté. Suivant sa ligne de conduite, pour la correction des lignes et contours de la face comme pour celle de l'occlusion, Angle n'a recours qu'à la recherche de l'harmonieux.

Le chapitre réservé à l'étiologie n'a pas subi de modifications importantes ; nous remarquons que l'auteur dans cette édition, s'élevant avec plus de force contre l'extraction des dents permanentes, la condamne d'une façon absolue, à moins que leur état pathologique n'en rende l'avulsion obligatoire et, en ce cas, le dentiste doit, immédiatement, par un appareil de prothèse, remplacer l'organe. L'auteur s'élève également contre les obturations mal faites, ne rétablissant ni le contour, ni l'occlusion des dents.

Il étudie les causes locales, la perte prématurée, la rétention prolongée des dents temporaires, l'éruption tardive des dents permanentes, les dents surnuméraires, transposées, frein anormal, habitudes, fonctions anormales, etc. ; mais il est regrettable que l'auteur n'ait pas consacré aux causes générales une place beaucoup plus importante que celle dans laquelle il a cru devoir les restreindre.

L'histologie des tissus alvéolo-dentaires écrite en collaboration avec F. B. Noyes ne présente rien de particulier.

Les changements physiologiques dans ces tissus, suivant le mouvement des dents, sont fort bien illustrés par les différents modèles et photographies dans les chapitres sur le traitement. Ces changements sont conformes au désir de l'orthodontiste dont l'intervention doit, par l'aide apportée à la nature, jouer surtout un rôle stimulateur afin que celle-ci accomplisse l'œuvre de restauration des contours.

Angle consacre un long chapitre à la prise de l'empreinte, aux

modèles, à la photographie et à la radiographie. Il fait ensuite un rapide exposé historique des différents appareils à arc, citant Fauchard, Schangé, Désirabode, Dwinelle, Gaines, Magill, Farrar, etc. ; puis décrit son système.

L'auteur ne parle pas des appareils à plaques pour lesquels il n'a aucune considération, oubliant en cela que certains orthodontistes ont avec eux rendu de grands services ; certes il est temps d'en finir avec ces appareils qu'il a justement rangés parmi les reliques de l'art dentaire, mais il est, croyons-nous, du devoir d'un écrivain de rendre justice à ceux qui en d'autres temps ont accompli d'intéressants travaux.

Nous remarquons l'importance que l'auteur donne dans cette édition à l'appareil à arc, et surtout à l'ancrage de Baker et aux forces intermaxillaires qui n'avaient été qu'effleurées dans l'édition précédente. Au contraire, Angle ne cite plus que comme mémoire, les reléguant même à un appendice, l'ancrage occipital, la vis de Jack, l'écrou de traction et les diverses combinaisons qu'il employait sans l'arc et dont il ne se sert plus que fort rarement, pour de petites interventions n'intéressant qu'une ou deux dents. Nous avons eu l'impression qu'Angle aurait tendance à ranger ces diverses combinaisons dans l'historique des appareils d'orthodontie, non loin des appareils à plaques ou de ceux de Fauchard et de Schangé.

Les appareils de rétention font l'objet d'un long chapitre ; nous y trouvons une nouvelle méthode d'appareils de contention fort simples, composés d'un fil contournant les dents, ce fil étant armé de petits étriers qui trouvent leur place dans les interstices dentaires. Les appareils de rétention intermaxillaires, pour le traitement d'anomalies appartenant aux classes II et III, sont très intéressants.

Viennent ensuite les chapitres relatifs au traitement des trois classes, de leurs divisions et subdivisions. Cette partie de l'ouvrage d'Angle est beaucoup plus complète que dans les éditions précédentes; l'auteur a su par un nombre de cas aussi restreint que possible, mais très bien choisi, donner toute l'ampleur que méritait cette partie de l'ouvrage, sans l'encombrer, à l'instar de nombreux écrivains orthodontistes, de mille cas analogues, traités par des appareils toujours différents, souvent fantaisistes, qui n'ont d'autre valeur que celle d'illustrer l'ingéniosité de l'auteur. Angle croit avec raison, que le débutant ne doit pas être astreint à une perte de temps considérable résultant de l'étude de grands nombres d'appareils ou moyens mécaniques pouvant servir à l'orthodontie. Il croit que l'orthodontie, pour être scientifique, ne doit pas sans cesse faire appel à l'esprit inventif ; ceci nous semble fort juste, surtout lorsque nous pensons combien de temps l'orthodontie, considérée comme un art exigeant des aptitudes spéciales, dont l'ingéniosité personnelle formait la base,

resta un art empirique, sans méthodes, éloigné de tout esprit scientifique. Tant que l'on fit appel à l'ingéniosité on maintint l'orthodontie dans une phase expérimentale, chaque cas devenant un sujet d'expérience et d'étude, s'éloignant de ce fait de tout esprit scientifique et cela, avec peu de profit pour l'avenir.

Angle, s'inspirant de cette formule : « En art, en toute chose, la suprême excellence est la simplicité », a cherché un appareil simple, pouvant être employé pour la correction de toutes les anomalies, séparément ou simultanément, c'est-à-dire un appareil dont les forces puissent être intermittentes et continues, s'exercer sur une seule dent ou sur un nombre quelconque de dents, sur toute l'arcade ou en un point déterminé de cette arcade. Angle cite au sujet des appareils fixes à arc, un article paru dans le *Dental Cosmos* de janvier 1878 où Farrar prédisait l'avenir d'appareils simples que l'on pourrait trouver sur le marché et adapter à chaque cas sans modifications ou peu.

L'auteur se sert presque exclusivement, pour le traitement des anomalies appartenant aux classes II et III, de l'ancrage intermaxillaire de Baker dans lequel il a la plus grande confiance ; dans l'édition précédente Angle illustrait un cas où il avait pratiqué l'extraction d'une prémolaire ; dans cette édition le même cas est illustré, mais l'auteur condamne son traitement précédent et dit qu'avec l'ancrage de Baker de telles erreurs ne sont plus permises.

Une grande supériorité de cet ouvrage sur le précédent réside surtout dans le nombre important de clichés illustrant les traitements. Les photographies des malades prises avant et après l'intervention ont une valeur incontestable, mais les photographies et modèles de ces mêmes malades, pris plusieurs années après la terminaison du traitement, sont beaucoup plus précieux encore pour l'orthodontiste, ils fortifient d'une façon indiscutable les théories de ceux avec qui nous cherchons, pour le traitement des anomalies, bien moins le déplacement osseux que l'engrènement normal des dents pour favoriser *le développement osseux.*

Angle termine le traitement par un chapitre intitulé « Chirurgie opératoire », il appelle ainsi tout traitement nécessitant l'emploi d'instruments coupants, le distinguant ainsi du traitement à l'aide d'appareil qu'il appelle « Chirurgie conservatrice » ; dans ce chapitre Angle condamne le redressement brusque et immédiat, décrit ensuite diverses opérations, sections alvéolaires, résections de fibres du ligament alvéolo-dentaire, section du frein de la lèvre, double résection du maxillaire inférieur, qui, dit-il, « quoique seulement employées comme auxiliaires de la méthode conservatrice, sont probablement destinées à jouer un rôle plus important dans un avenir peu éloigné ».

Après un appendice où l'auteur décrit les appareils divers qu'il

employait autrefois, mais rarement maintenant, Angle termine par quelques « suggestions » qui résument les recommandations que l'auteur adresse à ses lecteurs dans le texte. Citons cette phrase de Davenport, à propos de l'occlusion reproduite par Angle : « Il est souhaitable que dans le traitement de nos malades, si nous ne voyions tous l'utilité du maintien ou de l'établissement de l'occlusion normale, nous puissions tout au moins la comprendre suffisamment pour ne pas rendre l'articulation plus défectueuse par nos opérations qu'elle ne l'était avant notre intervention. » Je crois devoir terminer en soumettant aux méditations de tous ceux qui s'occupent d'orthodontie cette sévère boutade.

Il ne me reste plus qu'à conseiller à tous mes confrères l'étude approfondie du remarquable travail de E. H. Angle qui s'est affirmé une fois encore un des maîtres les plus éminents de l'orthodontie moderne.

GEORGES VILLAIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Les assemblées générales extraordinaires : 1° de l'Association ; 2° de l'Ecole ; 3° de l'Association et de l'Ecole réunies que nous avons annoncées dans notre numéro du 15 octobre se sont tenues le samedi 26 octobre à l'Ecole dentaire de Paris, l'une après l'autre.

Dans la première assemblée le rapport de M. Francis Jean sur les modifications des statuts et règlements pour l'union intime des deux Sociétés — Ecole et Association — a été mis en discussion et approuvé dans son intégralité avec des modifications de détail portant sur l'article 36, relatif à la tenue des assemblées générales, sur l'article 40 *bis*, relatif à la police des assemblées générales, et sur l'article 45, relatif aux membres sous les drapeaux.

Il a été décidé également que le Conseil de direction de l'Association étudiera la question de l'admission dans la Société pour la mettre à l'ordre du jour d'une prochaine séance, ainsi que la question de la discussion des candidatures dans les assemblées générales.

L'assemblée de l'Ecole a adopté, à son tour, dans son intégralité, le rapport de M. Francis Jean, avec les modifications ci-dessus.

Enfin l'assemblée plénière, qui avait à son ordre du jour : 1° les réformes et l'orientation professionnelle (rapport de MM. Roy et G. Villain) ; 2° les services dentaires dans l'armée (projet de vœu), n'a pu, en raison de l'heure avancée aborder la première question, qui a été renvoyée à une nouvelle assemblée générale plénière, fixée au samedi 9 novembre.

Par contre elle a adopté, avec une adjonction, le projet de vœu sur les services dentaires dans l'armée qui lui était présenté et que nos lecteurs peuvent lire d'autre part.

*
* *

Ajoutons, pour être complet, que le Conseil de direction de l'Association a tenu séance le dimanche matin 27 octobre et a renouvelé le vœu que dans les services dentaires publics l'inspection se fasse à forfait et le traitement sur mémoire, ces deux parties étant distinctes, et que les deux Conseils s'entendent pour compléter l'union intime.

Enfin, le Conseil général du Groupement, qui devait se réunir à 11 heures du matin, a été ajourné au dimanche 10 novembre.

*
* *

Une séance de démonstrations pratiques a eu lieu également le dimanche matin. Le compte rendu en est publié plus haut.

Service dentaire dans l'armée.

La lettre suivante a été adressée à M. le Sous-Secrétaire d'Etat à la Guerre par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France à la suite de l'assemblée générale du 26 octobre.

Paris, 31 octobre 1907.

Monsieur le Sous-Secrétaire d'Etat,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance la résolution suivante qui a été votée par le Groupement dans son assemblée générale extraordinaire du 26 de ce mois :

« Le Groupement de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France, réuni en Assemblée générale extraordinaire le 26 octobre 1907 ;

» Considérant les desiderata maintes fois exprimés par les Associations professionnelles françaises visant à la création d'un service dentaire dans l'armée, ainsi qu'il existe dans certains pays étrangers, se félicite d'apprendre qu'un projet tendant à leur donner satisfaction est actuellement mis à l'étude par M. le Sous-Secrétaire d'Etat à la Guerre ;

» Adresse ses remercîments à M. le Ministre de la Guerre et à M. le Sous-Secrétaire d'Etat pour les intentions bienveillantes qu'ils manifestent au sujet de la création de ce service dans l'armée, et émet respectueusement le vœu de voir aboutir au plus tôt cette réforme et d'en voir généraliser l'application à tous les services des armées de terre et de mer.

» Le Groupement demande toutefois qu'il soit fait appel pour cette création aux chirurgiens-dentistes diplômés des écoles dentaires et qu'on utilise pour ce service à leur arrivée au régiment les jeunes gens pourvus de ce titre et de ce diplôme. »

Nous souhaiterions que cette organisation fût rapidement faite et conforme aux idées actuelles de nos réunions et congrès scientifiques sur les services dentaires publics et nous nous tenons à votre disposition pour vous fournir tous les renseignements utiles pour cette organisation.

Veuillez agréer, etc.

Le Président du Groupement,
Directeur de l'Ecole dentaire de Paris,
CH. GODON.

Le Président de l'Association générale des Dentistes de France,
FRANCIS JEAN.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

REVUE DE JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

(Suite [1].)

— *Officiers de santé.*

V. T. corr. Toulouse, 3 février 1898.

— L'exercice illégal de la médecine est nécessaire pour constituer un fait légalement punissable ; l'usurpation du titre de docteur par l'officier de santé ne suffit pas pour l'application de la peine (Cass. crim., 3 février 1898).

— Si l'article 16 de la loi de 1892 proscrit le concours qu'il prête à certaines personnes, telles que les somnambules, pharmaciens, dentistes, pour leur permettre de se soustraire aux dispositions légales qui les concernent, il ne lui est pas interdit de s'associer ou de traiter avec des tiers pour exploiter une clinique dont il se réserve la direction médicale, en dehors de toute ingérence étrangère (T. Seine, 3 juin 1902).

— Cession de clientèle (T. Seine, 7 janvier 1904 ; — T. St-Brieuc, 20 janvier 1904).

— Sur les honoraires (V. Just. paix Surgères, 27 février 1904 ; — T. Toulouse, 2 juin 1904).

— Sur la responsabilité en cas d'accidents par un opérateur non qualifié (V. Cass., 2 août 1904).

— Sur la nullité d'une association en participation (V. T. Seine, 20 janvier 1905).

— Sur les concours et les divisions du jury (V. C. État, 28 juillet 1905).

— *Opérations interdites.*

Emploi du chloroforme (T. corr. Alger, 4 novembre 1893).

— Un opérateur qui quitte son patron pour s'établir dans la même ville peut en faire l'annonce et indiquer la maison où il a été opérateur (T. Lyon, décembre 1893).

— Annulation d'un contrat entre mécanicien et dentiste (C. Rennes, 1894).

— Interdiction d'anesthésie locale par un non-diplômé (T. corr. Montbéliard, 30 janvier 1896 ; — T. Auxerre, 1897).

Nécessité, pour le patenté qui veut anesthésier, d'une assistance médicale (T. Seine, 10 novembre 1896 ; — C. Lyon, 1896 ; — C. Paris, 22 décembre 1899).

---

1. Voir les nos des 30 avril et 30 mai 1906, 30 mai et 15 septembre 1907.

— Responsabilité civile du patron pour emploi dommageable de cocaïne par l'opérateur patenté (X. 1897; — T. Seine, 27 juin 1901).

— Il peut y avoir concurrence déloyale, de la part du dentiste qui prétend avoir seul le droit de pratiquer l'anesthésie (T. Bressuire, 23 février 1904).

— Responsabilité d'un accident survenu, par suite d'erreur, au moyen d'un liquide corrosif (Cass., 15 novembre 1904).

— *Patente.*

La femme commune en biens qui a exercé avec son mari patenté avant 1892 peut continuer de pratiquer (C. Besançon, 27 juin 1894; — C. Limoges, 2 novembre 1889).

— Nécessité de la patente pour exercer (C. Rennes, 6 décembre 1894; — Avis C. Etat, 14 juin 1895; — Cass., 3 décembre 1895; — C. Etat, 1895; — C. Rennes, 29 juillet 1896; — Cass., 3 février 1898; — C. Paris, 6 décembre 1898; — T. Lille, 1er avril 1901).

— Différences entre le diplômé et le patenté: T. Seine, 10 novembre 1896; — C. Paris, 22 décembre 1899.

— Nature de la patente : C. Etat, 21 novembre 1896.

La patente n'est pas le seul mode de preuve de la possession d'état de dentiste (T. Charolles, 11 décembre 1897; — C. Lyon, 14 mars 1900; — C. Nancy, 28 juin 1900).

Contrà : T. corr. Toulouse, 3 février 1898; — T. corr. Seine, 29 juillet 1898; — Cass. crim., 9 novembre 1899; — Cass. crim., 4 avril 1901; — Cass. crim., 18 avril 1901; — T. Lille, 26 juin 1901; — Cass. crim., 3 juin 1905.

— Droit pour un associé d'avant 1892 de pratiquer (C. Douai, 31 juillet 1901; — C. Dijon, 18 mai 1904; — Cass. crim., 24 novembre 1905).

— *Pharmaciens.*

Sur les ordonnances : V. T. Seine, octobre 1894; — T. Seine, 4 janvier 1895; — T. corr. Saumur, 11 janvier 1895; — T. La Rochelle, 1902; — Cass. crim., 28 octobre 1905.

— Exécution d'une ordonnance de non-diplômé : T. corr. Seine, 14 juin 1895.

— Gérance par un prête-nom : Cass. belge, 8 novembre 1900.

— *Prescription*, V. Cass., 31 août 1899; — C. Paris, 12 décembre 1900.

Reconnaissance de la dette dans un acte de partage (T. Seine, 6 mai 1893).

— Un malade qui a conclu au rejet d'une demande d'honoraires pour soins médicaux comme n'étant pas obligé au paiement, ne peut pas opposer la prescription (Just. paix Paris, 20 septembre 1893).

— Les dentistes rentrent dans la catégorie des personnes dont

l'action est prescrite par un an pour les visites, opérations, médicaments ou marchandises fournies aux clients.

Cette prescription annale ne cesse de courir que s'il y a compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée.

La lettre écrite par un client à un dentiste et faisant allusion à une dette dont la qualité n'est pas énoncée, ne saurait constituer qu'un simple commencement de preuve par écrit et ne rentre sous aucune des énonciations de l'article 2274 du Code civil (T. Seine, 7 novembre 1895).

— Créance divisible, quand les soins ont été interrompus (C. Lyon, 5 novembre 1898).

Point de départ de la prescription (C. Grenoble, 8 août 1900).

— *Privilège.*

V. T. Sidi-bel-Abbès, 8 février 1893.

Le privilège du médecin ne peut être étendu à la maladie qui a duré plusieurs années, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Il est limité aux frais occasionnés par la dernière crise ayant entraîné la mort du malade (T. Seine, 17 janvier 1893).

V. T. Saint-Quentin, 7 juin 1893 ; — T. Narbonne, 1893 ; — Just. paix Ostende, 31 mars 1896.

— Sens du mot : dernière maladie (T. Seine, 20 décembre 1894 ; — Cass., 3 août 1897 ; — T. comm. Besançon, 1897 ; — T. comm. Villefranche-sur-Saône, 28 décembre 1900).

— *Pseudonyme.*

V. T. Seine, 25 août 1895 ; — T. corr. Seine, 7 août 1895 ; — T. corr. Seine, 4 janvier 1896 ; — T. corr. Seine, 18 novembre 1898 ; — C. Paris, 12 mars 1899 ; — C. Paris, 14 mars 1899 ; — Cass., 27 juillet 1899 ; — T. Seine, novembre 1899 ; — T. Seine, 17 novembre 1903.

— *Réquisition de justice.*

V. C. Bourges, 4 avril 1895.

— *Responsabilité.*

V. T. fédéral suisse, 9 décembre 1892 ; — C. Paris, 17 février 1893.

Cas de syphilis : T. Amiens, 12 août 1893 ; — C. Turin, 21 décembre 1897 ; — T. Bayonne, 22 juin 1897.

V. T. Seine, octobre 1894 ; — T. Seine, 12 février 1895 ; — C. Lyon, 17 juillet 1895 ; — T. Le Mans, 13 mai 1896 ; — T. Seine, 12 juin 1896 ; — C. Douai, 15 avril 1897 ; — T. Seine, 22 octobre 1897 ; — C. Orléans, 13 juillet 1898.

Opération contraire à la volonté du malade ; T. corr. Alger, 4 novembre 1893 ; *contrà :* C. Alger, 17 mars 1894.

Absorption sans surveillance d'un remède toxique : C. Lyon, 7 décembre 1893.

Empoisonnement par erreur de prescription : T. Lectoure, 5 avril 1895.

Mesures inutilement prises : T. Chalon-sur-Saône, 13 mai 1896.

Renseignements erronés : T. Rouen, 30 juin 1896 ; — T. corr. Bordeaux, 1897 ; — T. Valence, 20 mars 1898 ; — T. Lille, 19 avril 1905.

Responsabilité relative à une nourrice : C. Paris, 27 novembre 1896 ; — T. Saint-Nazaire, 26 février 1897 ; — C. Paris, 13 avril 1897.

Ordonnances : V. T. Seine, 1896 ; — T. corr. Seine, 12 mars 1897.

Diffamation : C. Paris, 9 avril 1897 ; — Cass., 24 mai 1898 ; — Cass., 16 juin 1898 ; — Just. paix Lamballe, 14 octobre 1898.

Essais téméraires : Just. paix Alger, 9 novembre 1897.

Homicide par imprudence : C. Paris, 4 mars 1894.

Experts : C. Rennes, 1898.

Circoncision : C. Bordeaux, 6 février 1900.

Jurisprudence anesthésique (cocaïne) : T. Seine, 27 juin 1901.

Manque de soins : T. Liège, 31 octobre 1901.

Responsabilité des accidents post-opératoires (Cass., 2 août 1904).

Emploi de liquide corrosif dans une opération dentaire (Cass., 15 novembre 1904).

Traitement aggravant : Just. paix Havre, 9 mai 1905.

Administration de chloroforme à un alcoolique (T. Château-Thierry, 7 juin 1905).

— *Secret professionnel.*

V. Cass., 16 mars 1893 ; — Cass., 14 mars 1895 ; — T. comm., Seine, 20 juin 1895 ; — C. Douai, 28 janvier 1896 ; — C. assises Seine, 13 juin 1896 ; — C. Paris, 6 mai 1897 ; — C. Rouen, 28 juillet 1897 ; — Cass., 1897 ; — C. Poitiers, 1898 ; — Cass., 10 mai 1900 ; — T. Seine, 19 mai 1900.

Publication d'observations médicales : C. Bordeaux, 5 juillet 1893.

Maladies épidémiques : T. Oran, 4 février 1895 ; — Cass., 13 mars 1897.

Lettres à la femme d'un client : Cass., 13 juillet 1897.

Syphilis : C. Toulouse, 10 février 1898.

Certificats : T. Fougères, 29 juin 1898 ; — C. Aix, 16 janvier 1900 ; — Cass., 18 juillet 1904.

Enquête de Cie d'assurances : Cass., 1er mai 1899.

Soins de la dernière maladie : C. Besançon, 7 juin 1899.

Honoraires : T. Bruxelles, 28 mars 1900.

Disposition en justice : Cass., 18 juin 1901 ; — T. Rennes, 12 juin 1903.

Projets de mariage : T. corr. Seine, 11 juillet 1901.

Cause de la mort : T. corr. Amiens, 12 mars 1902.

Enquête de divorce : C. Aix, 19 mars 1902.

— Le délit de révélation existe, dès qu'elle est faite avec connaissance, indépendamment de toute intention spéciale de nuire (Cass. crim., 9 novembre 1901).

— *Sursis.*

V. T. Boulogne, 5 septembre 1894 ; — C. Aix, 21 janvier 1897.

— *Syndicat.*

V. T. corr. Seine, 18 novembre 1898 ; — C. Paris, 12 mars 1899 ; — C. Paris, 22 décembre 1899.

Droit d'agir : T. Seine, 25 mai 1895 ; — T. Bourgoin, 21 juin 1900.

Partie civile : T. corr. Montbéliard, 30 janvier 1896 ; — T. corr. Lille, 20 octobre 1900 ; — T. corr. Seine, 30 juillet 1901.

Limites du droit : C. Douai, 11 novembre 1901 ; — Cass. crim., 28 février 1902 ; — C. Rouen, 6 janvier 1903.

— *Témoignage en justice.*

V. C. supérieure de justice de Luxembourg, 14 janvier 1898.

— *Traitement médical.*

V. C. Besançon, 2 décembre 1896 ; — C. Paris, 15 mars 1900 ; — Cass., 8 août 1900 ; — Cass. belge, 8 octobre 1900.

Masseur : C. Paris, 15 mars 1900.

Sens du mot : *traitement* : C. Paris, 16 mai 1900.

— *Usurpation de titre.* V. T. corr. Montpellier, 1895 ; — T. corr. Toulouse, 3 février 1898 ; — C. Paris, 14 mars 1899 ; — Cass., juillet 1899 ; — C. Paris, 15 décembre 1899 ; — T. corr. Seine, 3 décembre 1901 ; — T. Lille, 10 mars 1902 ; — T. X..., août 1903.

Défense de prendre le titre d'ancien professeur de l'Ecole dentaire de Paris : T. Seine, 5 juin 1893.

Opérateur : T. Plymouth, 23 janvier 1894.

Titre de docteur : T. Seine, 25 mai 1895 : — T. corr. Seine, 31 octobre 1895 ; — C. Rennes, 29 juillet 1896 ; — Cass. crim., 3 février 1898 ; — T. corr. Seine, 1903 ; — Etranger : T. corr. Grasse, 1er mai 1896 ; — T. corr. Seine, 18 novembre 1898.

Titre de chirurgien-dentiste : T. Seine, 26 octobre 1896 ; — T. Seine, 10 novembre 1896 ; — T. X... 1896 ; — T. X... 1897 ; — C. Paris, 22 décembre 1899 ; — T. Lille, 1er avril 1901 ; — T. Lille, 5 août 1901.

Pseudonyme : C. Paris, 12 mars 1899.

Mécanicien : T. corr. Lille, 20 octobre 1900 ; — T. corr. Seine, 12 novembre 1904.

Etranger : T. Seine et C. Paris, 1er août 1903.
Prospectus : C. Rouen, 3 juin 1905.

— *Vente de clientèle.*
V. C. Bordeaux, 26 mai 1893 ; — T. Seine, 14 avril 1894 ; — Cass., 28 février 1902.
Nullité : C. Riom, 13 mars 1894 ; — T. Seine, janvier 1903 ; — T. Seine, 18 février 1905.
Offre de présentation aux clients : Cass., 3 août 1894 ; — T. Cusset, 1894.
T. Châteauroux, 25 juillet 1898 ; — T. Seine, 22 novembre 1904.
Vente à un non-diplômé : Cass., 24 novembre 1902.
Nullité partielle : T. Seine, 17 février 1905.
Engagement de ne pas s'établir dans la même ville : C. Aix, 15 novembre 1905.
Vente par la veuve : C. Rennes, 1905.

Voilà notre tâche, Dieu merci ! terminée. Nous nous proposons de la reprendre, quand nous aurons assez d'éléments pour constituer une *Revue de jurisprudence.*

Mais cela ne nous empêchera pas, à l'occasion, de signaler les décisions qui offriront un intérêt sérieux, et nous tiendrons nos lecteurs au courant des évolutions de la loi de 1892.

FERNAND WORMS,
Avocat à la Cour de Paris.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

La séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses aura lieu le samedi 16 novembre, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, sénateur, membre de l'Institut.

Bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil de direction il vient d'être créé un service de lecture sur place qui aura lieu une fois par semaine aux jours et heures suivants : *les lundis :* 4 novembre, 18 novembre, 2 décembre et 16 décembre et *les mardis :* 12 novembre, 26 novembre, 10 décembre et 24 décembre, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir.

Chaque lecteur recevra, à son entrée dans la salle de lecture, un bulletin personnel, indiquant le règlement de ce service.

Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. D. F.

L'assemblée générale extraordinaire de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. D. F. qui devait se tenir le samedi 9 novembre pour la question des *réformes et de l'orientation professionnelle* a eu lieu. Une partie seulement de l'ordre du jour a pu être épuisée et la suite de la discussion a été ajournée à une nouvelle assemblée générale.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Quincerot vient d'être nommé, par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, chirurgien-dentiste des manufactures de l'Etat.

Nous lui adressons nos félicitations.

Erratum.

Par suite d'un oubli commis à l'imprimerie, il a été omis d'indiquer que le travail de M. le Prof. Jacques, intitulé « Symptômes, diagnostic et traitement des kystes paradentaires du maxillaire supérieur », publié dans notre dernier numéro, a été présenté à la Section d'Odontologie du Congrès de Reims de l'A. F. A. S. en 1907.

27e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

DES ACCIDENTS RÉSULTANT DE L'EMPLOI DE L'ARSENIC EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par M. P. VANEL,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Cette question, comme beaucoup de questions de spécialités, m'a semblé utile à traiter pour plusieurs raisons: d'abord, n'étant même pas indiquée dans les livres de médecine générale, le médecin les ignore le plus souvent, traitée incomplètement dans les livres spéciaux, le dentiste les connaît plus ou moins bien ; et cependant leur connaissance devient de plus en plus nécessaire à mesure que les tendances nouvelles obligent le médecin à mieux connaître les spécialités, tendent à créer des spécialistes dans les corps officiels : armée, marine, colonies ; enfin notre responsabilité devenant de plus en plus grande, les attaques se faisant aussi de plus en plus nourries, il m'a semblé faire œuvre utile en contribuant à mettre au point et à jour cette question : L'arsenic en thérapeutique dentaire.

Pour détruire la vitalité de la pulpe dentaire et en faire l'ablation sans douleur on s'est servi pendant longtemps de spécialités, de pâtes commerciales caustiques dites « pâtes à tuer le nerf » toutes à base de composés arsenicaux ; aujourd'hui on emploie exclusivement l'acide arsenieux. On a ainsi à sa disposition un agent caustique puis-

sant, de composition et d'action définies, dont on peut se servir en toute connaissance de causes.

L'acide arsénieux, ce médicament merveilleux, idéal, qui nous donne presque toujours toute satisfaction, est à mon avis employé un peu trop souvent. C'est qu'en effet, l'acide arsénieux est avant tout une substance dangereuse, extrêmement délicate à manier, dont on ne devrait user qu'en dernier ressort. Aussi toutes les fois que la chose est possible, extirpons nos pulpes à la cocaïne ; faisons des pulpectomies totales, immédiates, en employant comme anesthésique la cocaïne ou la stovaïne, comme moyen, la compression. Entourés d'une asepsie rigoureuse, nous ferons ainsi une opération chirurgicale, sans crainte d'accidents secondaires, je dirais donc presqu'en toute sécurité.

Cependant, il est incontestable que parfois nous sommes obligés d'avoir recours au pansement à l'acide arsénieux et nous avons là un agent thérapeutique extrêmement précieux et des plus efficaces ; mais cet agent admirable offre aussi la propriété regrettable de pouvoir déterminer des accidents, parfois très sérieux, qui apparaissent bien souvent à notre insu et sans que, en réalité, il y ait eu véritablement faute opératoire.

Les différents travaux que j'ai pu me procurer sur cette question, ne m'ayant pas complètement satisfait, frappé, d'autre part, par la discordance existant souvent entre les diverses opinions émises et les observations cliniques que j'ai faites, j'ai entrepris l'étude de cette question, espérant, si possible, jeter un peu de clarté sur ce point important de la pathologie dentaire.

L'action physiologique de cet agent sur les divers tissus de l'organe dentaire, telle qu'on la trouve décrite dans les auteurs me paraissant douteuse, ayant constaté d'autre part quelques lacunes dans la description des accidents que l'on peut observer à la suite de l'application de l'acide arsénieux, j'ai divisé ce travail en deux parties :

L'une comprend une série d'expériences et d'examens histologiques destinés à déterminer l'action de l'acide arsé-

nieux sur les divers tissus de la dent. Cette partie en collaboration, n'est pas encore terminée ; nous publierons plus tard le résultat de nos recherches.

La seconde partie de notre travail est l'exposé des divers accidents qu'il nous a été permis d'observer, ou que nous avons trouvés rapportés dans la littérature. C'est cet exposé clinique que maintenant nous allons tenter.

Les accidents déterminés par l'acide arsénieux peuvent se diviser en accidents précoces et en accidents tardifs :

Les accidents précoces sont : l'empoisonnement, la douleur, la gingivite, accidents que nous oserons qualifier de bénins quoiqu'ils comprennent l'empoisonnement. C'est que, pour liquider de suite cette question, l'empoisonnement par déglutition d'un pansement à l'acide arsénieux, dans les conditions où nous, dentistes, nous employons ce médicament, ne doit pas véritablement exister. Que si l'on a pu faire ce reproche à l'acide arsénieux employé comme pansement dentaire, c'est que pour les cas observés, il y a eu ou erreur d'observation, ou faute opératoire inadmissible, impardonnable et tellement grossière qu'on ne peut véritablement pas considérer ces cas comme un accident pouvant normalement se produire. Il est absolument certain que la dose normale d'acide arsénieux que nous employons ne peut être dangereuse ; même exagérée, elle ne pourrait encore produire d'accidents toxiques graves. Peut-on faire intervenir ici certaines prédispositions individuelles, d'interprétation obscure et qui rentrent dans la grande loi de l'idiosyncrasie ? Nous ne le pensons pas ; les doses que nous employons se chiffrent par milligrammes et il faudrait véritablement une sensibilité excessive, presque inconcevable, pour cet agent médicamenteux. Je ne nie pas que l'empoisonnement consécutif à l'emploi de l'acide arsénieux par le dentiste ne puisse exister, mais je crois alors pouvoir affirmer qu'il y a eu faute grave de la part de l'opérateur.

Les accidents tardifs, beaucoup plus sérieux, parfois même très graves, comprennent : l'escharification de la

muqueuse, la périostite, pouvant être suivies d'ostéite et de nécrose du maxillaire.

Les médecins, les toxicologues qui ont étudié l'arsénicisme, décrivent, dans les cas d'intoxication par la voie externe, d'abord localement de la douleur, du gonflement, de l'œdème, des hémorragies, de l'eschare, puis, si la quantité de toxique a été suffisante, les symptômes généraux ordinaires de l'empoisonnement arsenical. Ces symptômes que les médecins ont observés dans les applications externes de substances arsenicales, nous les retrouvons au niveau de l'arcade dentaire, dans ce que nous décrivons comme accidents dus à l'acide arsénieux.

Le phénomène le plus simple, le moins dangereux que l'on puisse observer est certainement la douleur, le plus commun de tous les accidents peut-être ; mais cependant la gingivite, quoiqu'on en parle peu, nous semble être aussi fréquente si ce n'est plus.

Ce phénomène douloureux est extrêmement complexe ; très varié dans son apparition, dans sa durée, dans son intensité. Un fait nous semble régulier, caractéristique, c'est qu'il s'écoule toujours un certain temps entre l'application du pansement et le moment où apparaît la douleur. Je dirais même que, si le pansement a été appliqué sur une dent douloureuse, le malade sent la douleur se calmer, avec joie même disparaître complètement, pour reparaître plus tard sous une autre sensation. En un mot cette douleur ne se révèle pas immédiatement, elle est tardive par rapport au moment où se fait l'application du pansement, mais reste précoce vis-à-vis des autres accidents.

Sa durée oscille entre quelques heures et plusieurs jours La douleur de quelques heures est en général très tolérable, c'est une sensation pénible, passagère, dont le malade ne vous tiendra guère rigueur ; quelquefois cependant c'est une douleur assez aiguë pour obliger le malade à venir vous retrouver ou à enlever lui-même son pansement. D'autres fois il y aura douze, vingt-quatre heures et jusqu'à plusieurs jours de souffrance ; parfois ce sera une douleur sourde,

plutôt une gêne même qu'une sensation douloureuse ; d'autres fois, au contraire, c'est une douleur aiguë intolérable, localisée ou à forme névralgique qui peut obliger le malade à interrompre ses occupations, empêchant souvent même les actes physiologiques buccaux, parole, mastication, respiration, rendant enfin le sommeil difficile. Ce dernier cas est heureusement très rare.

Quelle est la cause de cette douleur ? C'est avant tout un phénomène capricieux, extrêmement inconstant, qui paraît être tout à fait indépendant de la dose d'acide arsénieux employé ; cependant des doses fortes semblent augmenter sa fréquence, nous en trouverons peut-être plus loin la raison.

Le *modus faciendi* n'est pas étranger non plus à son apparition. Un pansement mal fait, préparé trop vite, trop comprimé, est, pensons-nous, un facteur étiologique important et non des moindres. De même, des pansements successifs nous paraissent inutiles, dangereux, et n'ont, en toute sincérité, scientifiquement aucune raison d'être. L'acide arsénieux agit d'autant mieux qu'on en met moins. Le grand point est de ne pas placer de pansement à l'acide arsénieux à tort et à travers ; il faut, avant tout, préparer la dent, la cavité, surtout dans les cas de caries interstitielles. Dans presque toutes les observations rapportées, on peut voir que les accidents sont dus la plupart du temps à la non-application de ces principes élémentaires mais primordiaux, qu'il est cependant indispensable d'appliquer avec la dernière rigueur.

A ce même point de vue pathogénique, l'état de la dent doit tenir, parmi ces facteurs étiologiques, une place bien plus modeste que certains ne la lui ont faite. Il est incontestable qu'un pansement à l'acide arsénieux agira d'autant mieux et d'autant plus vite que la surface d'exposition pulpaire sera plus grande, mais nous ne croyons pas que les phénomènes douloureux soient fonction de la surface exposée ou de l'état inflammatoire de la pulpe. En effet avec Tomes, Cruet, et bien d'autres, nous pensons que dans les

cas de pulpite douloureuse, l'acide arsénieux loin d'augmenter cette douleur, la calme au contraire assez rapidement, pour ne pas tarder même à la faire disparaître complètement.

Certains auteurs préconisent pour calmer cette douleur des médicaments narcotiques, où encore des médicaments vaso-constricteurs (P. Dubois) mettant la douleur sur le compte d'une poussée congestive. J'avoue que je ne comprends pas du tout l'emploi de ces substances, si l'on admet, comme ces auteurs du reste l'admettent avec Gubler, que l'acide arsénieux arrête immédiatement les échanges des tissus pulpaires : du moment que l'acide arsénieux empêche toute absorption, il nous paraît bien inutile de lui associer quoi que ce soit et beaucoup plus simple de l'employer seul.

L'acide arsénieux appliqué sur une muqueuse détermine une réaction intense, une inflammation vive et rapide caractérisée par les symptômes suivants : douleur aiguë, chaleur, congestion, etc., etc... ; appliqué sur la pulpe, ce petit bourgeon vasculo-nerveux inclus dans la dent et rattaché à l'organe principal par un pédicule plus ou moins important, il ne paraît pas en être de même ; la pulpe est un organe spécial qui ne se comporte comme aucun autre tissu, et l'observation journalière nous montre que presque toujours les choses se passent simplement et sans bruit. En un mot l'application de l'acide arsénieux sur la pulpe ne détermine aucune réaction sensible pour le malade. Que l'application soit faite sur une pulpe saine ou enflammée, sur une pulpe d'un sujet jeune ou âgé, sur une pulpe en partie mortifiée ou calcifiée, le résultat est extrêmement variable. En tout cas, on peut dire que, le plus souvent, il ne se passe rien et que si au contraire il y a sensation douloureuse, on peut indifféremment l'observer dans chacun de ces cas.

Qu'elle en est donc la cause? Pour nous, nous considérons la douleur qui survient quelques heures, quelquefois même une heure à peine après l'application de l'acide arsénieux,

comme due simplement à la compression pulpaire exercée par un pansement mal fait. Quant à la douleur qui apparaît vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'application du pansement, et qui dure plusieurs jours, malgré un nettoyage minutieux de la cavité pulpaire et des canaux, nous pensons qu'elle n'est que le symptôme d'une de ces deux affections : névrite ou périostite.

Le nerf dentaire peut être atteint de névrite ; névrite localisée, subaiguë ou aiguë d'origine arsenicale, que la cause directe soit un pansement mal fait, trop comprimé, l'acide arsénieux fusant alors vers la racine de la dent, ou encore une dose trop forte de médicament, ou enfin simplement un état particulier du paquet vasculo-nerveux sain ou ayant déjà subi les atteintes d'une réaction inflammatoire quelconque. Je dis névrite localisée, périphérique ; ne savons-nous pas, en effet, d'après les travaux de Waller, de Renaut et l'expérimentation, qu'un filet nerveux quelconque est capable de s'altérer sous l'action d'un agent nocif s'exerçant en un point de son trajet, son origine cellulaire étant intacte. La compression des agents médicamentaux appliqués localement détermine des lésions typiques mais variables, les unes nécrosantes, les autres irritatives, aboutissant à la dégénérescence de la partie correspondante du nerf avec toutes ses conséquences. Ici c'est la périphérie du nerf seule qui est touchée par l'agent nocif, c'est donc là que les lésions primaires plus ou moins accentuées vont se produire. Nous allons alors voir évoluer une névrite périphérique dont le tableau variera suivant la gravité de l'altération des filets nerveux. Le plus souvent, pensons-nous, la lésion n'est que superficielle et peu grave, mais il nous paraît possible d'envisager le cas où elle atteint le cylindraxe lui-même et de là à distance vient modifier la structure du corps cellulaire central, ce qui nous mettrait alors en présence d'une affection sérieuse, de pronostic beaucoup plus sévère.

Nous retrouvons pour la dent ce qui se passe dans l'économie générale. L'intoxication arsenicale détermine tou-

jours des troubles de l'innervation. Dans les cas d'imprégnation légère, les symptômes observés sont vagues et de peu de durée, ce sont surtout des modifications de la sensibilité : fourmillements, picotements, névralgies.

Dans les cas que nous avons pu observer et pour lesquels les phénomènes douloureux nous ont paru avoir pour cause la névrite du nerf dentaire, les choses se sont présentées de la façon suivante : début brusque, invasion rapide quelques heures après l'application du pansement à l'acide arsénieux. Alors que le malade ne souffre pas ou ne souffre plus d'une carie du troisième degré douloureuse, d'une pulpite, apparaît d'abord une sensation vague qui ne tarde pas à se préciser : légers fourmillements, gêne au niveau de la lésion, qui souvent même envahit toute l'arcade dentaire ; puis douleur continue, plus ou moins accusée, mais qui peut être très vive, augmentée par la pression exercée au niveau de la dent atteinte et sur toute la portion alvéolaire environnante. Parfois une sensibilité anormale s'éveille, sensibilité exquise qui fait redouter tout attouchement, toute vibration au malade. Dans un cas observé par nous, sur une femme nerveuse il est vrai, le simple fait de passer le doigt, d'effleurer les dents environnantes, devenait la cause d'une véritable crise paroxystique très redoutée de la malade. En même temps, le plus souvent, tout le côté de la face correspondant est atteint de douleurs névralgiques. Dans les cas intenses on peut constater un état particulier du malade, il est inquiet, nerveux, exaspéré de ce qui se passe et de ce qu'il est obligé de supporter pour le traitement d'une dent; c'est qu'en effet les actes physiologiques buccaux sont dans ces cas très compromis, sinon impossibles : mastication, respiration, parole ; de plus le sommeil lui-même devient difficile. Je dois dire que fort heureusement il est très rare d'observer des symptômes aussi accentués.

Par contre, dans les cas d'intoxication grave allant jusqu'à la nécrose, on peut parfois observer, pendant un certain temps, une insensibilité complète de la région, insensibilité qui ne tarde pas à disparaître devant l'éclosion des phéno-

mènes locaux aigus qui accompagnent quelquefois ces pertes de substance étendues que l'on peut constater dans la nécrose d'origine arsenicale.

L'inflammation des gencives s'observe assez fréquemment, seule ou accompagnant les autres accidents dont elle est souvent le premier symptôme. Parfois, elle est due à un pansement mal fait, appliqué sans soins ; l'acide arsénieux a touché la gencive ou lors de l'application du pansement a fusé vers elle et le long de la racine. D'autres fois, au contraire, empruntant un chemin détourné, plus long, plus compliqué, l'inflammation est venue de l'apex ; elle vient alors compliquer des phénomènes douloureux ou une périostite.

La gingivite peut être subaiguë, aiguë, suppurée ; ce dernier cas est rare et ne se rencontre que dans les cas d'escharification gingivale avec ostéo-périostite suivie de nécrose. En général, l'affection se traduit par de la rougeur, de la chaleur, un léger gonflement, du picotement, de la douleur, et parfois par un piqueté ou un liséré violet noirâtre, couleur lie de vin ; de plus, on constate un décollement de la gencive, plus ou moins étendue. Puis, au niveau du bord libre et des languettes interdentaires, apparaissent des petites fongosités, la sertissure des dents s'exulcère, et bientôt les collets des dents se déchaussent, laissant voir la racine. Parfois les gencives sont saignantes, on peut même voir de véritables hémorragies. Quelquefois la région est légèrement œdémateuse ; enfin dans les cas graves on peut assister à une évolution phlegmoneuse, toujours très sérieuse et de pronostic réservé vu la région intéressée.

Le périoste, ce tissu délicat qui s'enflamme si facilement, ne reste pas insensible à l'action de l'acide arsénieux. La réaction inflammatoire dont il devient le siège peut avoir pour cause la présence même de l'arsenic entraîné jusqu'à l'apex qu'il franchit. Cependant, avec Cruet, on peut admettre que la périostite bénigne résulte d'une congestion locale intense : « L'acide arsénieux sur la pulpe a pour premier effet de congestionner ses vaisseaux, puis bientôt

d'arrêter complètement la circulation. Nous savons, d'autre part, que les vaisseaux du périoste viennent en grande partie des vaisseaux de la pulpe au moment où ceux-ci pénètrent dans le canal dentaire. La circulation cessant brusquement dans ces derniers, la circulation collatérale se fait d'une façon bien plus active dans les premiers, d'où congestion pour ainsi dire inévitable et d'autant plus « d'ailleurs que l'action du caustique aura été plus rapide et que la circulation des vaisseaux de la pulpe aura été entravée dans une plus grande étendue ».

La périostite peut être localisée à la dent traitée, localisée même à la partie toute supérieure de la racine, n'envahir en un mot que la région péri-apicale ; ou encore dans les cas de pansement mal fait, se limiter à la région du collet et donner l'arthrite marginale ; dans ces cas elle est bénigne. D'autres fois, au contraire, tout l'alvéole se prend et souvent alors la périostite se transmet rapidement aux alvéoles voisins. Il faut dans ces conditions distinguer deux cas :

Si l'imprégnation a été légère, la réaction inflammatoire elle aussi sera légère, limitée [et après quelques jours de souffrance et de traitement bien approprié, les choses se calmeront petit à petit et bientôt tout rentrera dans l'ordre. Le malade en sera quitte pour avoir souffert un peu, ressenti de la douleur aux variations de température, quelquefois une simple sensation désagréable ; cependant ces phénomènes persistent souvent assez longtemps, et ces arthrites parfois si longues à disparaître sont un des gros inconvénients, à coup sûr le plus désagréable, de la dévitalisation pulpaire par la méthode arsenicale. J'ai décrit là, la gingivo-périostite, accident relativement bénin mais qui est peut-être le plus fréquent.

Si l'action de l'acide arsénieux, agent caustique par excellence, a été plus forte, plus pénétrante, la périostite ne tarde pas à se généraliser, à envahir tout un côté du maxillaire, qui lui-même est frappé d'ostéite. C'est là l'accident le plus grave que l'on puisse observer ; il suffit d'en avoir vu un une

fois, d'avoir vu les ravages produits pour craindre tout de ce médicament, l'acide arsénieux, et redouter les complications graves que l'on peut observer aussi bien du côté de la joue et les parties molles, que du côté de l'os maxillaire, du sinus et des fosses nasales. Nous n'insisterons pas maintenant sur ces cas très rares, qui sont aujourd'hui bien connus ; nous y reviendrons plus tard.

Bien entendu il faut différencier, il ne faut pas confondre ces gingivo-périostites bénignes avec celles qui accompagnent la pulpite, l'inflammation, l'infection pulpaire s'étant transmise au périoste, ni avec celles aussi qui résultent des manœuvres d'extraction de la pulpe et sont dues aux blessures faites par les tire-nerfs.

Enfin on peut observer, après une application arsenicale, la chute de la dent, par suite de la destruction de la membrane péri-radiculaire, le péricement, sans fusée de caustique sous la gencive. C'est là un accident très rare par ce fait même qu'il a directement pour cause soit l'existence d'un canal supplémentaire venant s'ouvrir sur le côté externe de la racine, soit une anomalie des canaux qui assurent la circulation collatérale pulpaire.

La question ainsi posée nous pensons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Des caustiques que l'on peut employer en art dentaire, l'acide arsénieux est incontestablement le meilleur. Il nous paraît inutile de lui associer un médicament quelconque analgésique ou vaso-constricteur ; il faudrait d'abord démontrer quelle est l'action physiologique de l'acide arsénieux sur les divers tissus de la dent ;

2° Faire et placer un pansement à l'acide arsénieux est une opération extrêmement délicate, minutieuse, qui demande toute l'attention de l'opérateur et pour laquelle ce dernier doit employer tous ses soins, se souvenant toujours que la moindre faute peut avoir, dans ce cas particulier, des conséquences graves ;

3° Sous aucun prétexte ne jamais renouveler une application arsenicale. Autant que possible ne placer à la fois

qu'un seul pansement dans une même bouche. Enfin par prudence ne pas laisser un pansement en place plus de 48 heures ;

4° Moins on emploiera de médicament, meilleur sera le succès. Avant de placer le pansement, bien protéger la gencive. Le pansement doit être non compressif mais occlusif ; de la sorte pas de fusée d'acide arsénieux vers la gencive et isolement de la pulpe, d'où impossibilité d'infection secondaire d'origine buccale. La gutta étant un corps relativement mou et peu résistant on ne l'emploiera que dans les cavités simples, non triturantes ; ceci pour éviter les compressions du pansement et de la pulpe dans les cas de cavités triturantes ou composés triturantes obturées à la gutta qui forcément se tasse en raison des forces puissantes qui s'exercent dans la bouche. Dans tous les autres cas on emploiera du ciment très liquide, ou une pâte faite de plâtre d'albâtre, d'oxyde de zinc, d'eau et d'eugémol ;

5° Enfin je termine en émettant un vœu : abandonnons, restreignons le plus que nous pourrons l'emploi de l'acide arsénieux ; faisons des pulpectomies totales et immédiates après anesthésie à la cocaïne, stovaïne, etc., etc... par compression. Soyons dans notre sphère aussi chirurgicaux que possible ; suivant l'exemple des chirurgiens, opérons aseptiquement, sans douleurs, sans crainte d'accidents secondaires graves. Appliquons-nous à faire en tout petit ce que l'on fait en grand dans la chirurgie générale, nous n'en aurons que plus de succès.

REVUE ANALYTIQUE

La chique de noix de bétel. — Un cas d'identification par l'examen des dents. — Morts dues au chlorure d'éthyle. — Anomalie de siège. — Ictère grave chloroformique. — Les accidents d'évolution de la dent de six ans. — Parotidites post-opératoires.

La chique de noix de bétel.

L'habitude de chiquer est très répandue chez les Philippins et les Maures de l'archipel Soulou et du territoire anglais de Bornéo, mais on ne chique pas du bétel : on mâche un mélange de chaux de *buyo* et de noix de bétel appelé *buyo* par les Philippins, tandis que les Tagalos, les plus intrépides des tribus philippines, l'appellent *hitsu*, ce qui semble être un nom indigène.

Ils se procurent de la chaux en broyant des coquilles d'huîtres.

Le *buyo*, dont les feuilles sont employées dans le chiquage de la noix de bétel ou en médecine, vient de la famille des pipéracées, plante grimpante à fleurs jaunes et à tige droite, à feuilles fendues à la base, de couleur gris foncé, qui vient le mieux dans les terrains sablonneux. Les meilleures de ces plantes croissent autour de Pasay, près de Manille, à Banang (province de Batangas). Les propriétés médicinales sont d'être un aromatique et un stimulant. Le mot *buyo* signifie bétel poivré, quoique les Tagalos l'appellent *itmo* et les Philippins espagnols *feuille de buyo*.

La noix de bétel ou bonga, comme l'appellent les indigènes, est une graine de palme à noix de bétel, une espèce de la famille des palmiers ; elle atteint une hauteur moindre que le cocotier, mais elle a le même aspect et a une tige élancée ou un tronc entouré de plusieurs cercles. Les fleurs sortent en touffes d'épis longs et filiformes du tronc, directement au-dessous de couronne de feuilles au sommet de l'arbre. Chaque épi porte plusieurs fleurs ; le fruit a la grosseur d'une noisette ; l'enveloppe est filamenteuse ; l'amande est rose ou rouge clair avec rainures blanchâtres. Cette plante se trouve dans tout l'archipel. C'est un astringent et un tonique ; en poudre le fruit sert de dentifrice dans beaucoup de localités.

Le *buyo*, ou noix de bétel préparée pour être chiquée, qu'on trouve dans tous les magasins des îles, s'obtient en répandant de la chaux sous forme de pâte sur une feuille de *buyo*, qu'on replie alors sur elle-même et qu'on enroule autour d'un morceau de noix de bétel ou bonga, la feuille servant d'enveloppe au bonga.

Le chiquage du bétel a incontestablement un effet préservatif marqué sur les dents, car les indigènes mangent peu de viande, leurs principaux aliments étant les fruits, le poisson et le riz : il semblerait donc que leurs dents dussent avoir une grande tendance à se carier, car elles mastiquent fort peu de matières dures en dehors du bétel, et cette tendance n'existe pas.

(Dent. Summary.)

Un cas d'identification par l'examen des dents[1].

En 1891 deux jeunes Français, Voituret et Papillon, venus pour explorer commercialement la Côte-d'Ivoire, furent tués dans les environs de Tiassalé. L'année suivante le capitaine Marchand s'emparait de cet important village et les indigènes commençaient à se soumettre. On exigea d'eux la restitution des ossements de leurs victimes de l'année précédente. L'un des deux crânes que les indigènes remirent aux autorités de Tiassalé put être facilement identifié parce qu'il présentait deux ou trois dents aurifiées et que plusieurs des Européens habitant Lalson se rappelaient avoir remarqué l'année précédente ces dents aurifiées à Papillon. Voituret et Papillon étaient de plus les seuls Européens morts dans la région de Tiassalé et les indigènes ne connaissaient pas encore le procédé de l'aurification des dents.

Morts dues au chlorure d'éthyle.

M. Luke publie dans le *British Dental Journal* le tableau suivant des cas de mort due au chlorure d'éthyle :

1	Cas de Lotheisen.	Patient,	homme, 41 ans,	Inspruck,	18 nov.	1900.
2	— — Bossart.	—	enfant, 12 mois,	Auran,	octobre	1902.
3	— d'Oliott Allen.	—	homme, 28 ans,		décemb.	1903.
4		—	femme,		octobre	1905.
5		—	homme		—	1905.
6	— de Mac Cardie.	—	—		—	1905.
7	Cas dentaire.	—	—		—	1905.
8	— —	—	—	Haslar,	avril	1905.
9		—	femme, 50 ans,	Stourbridge,	juill.	1905.
10	— —	—	— 40 ans,	Enfield,	avril	1904.
11	— —	—	— 42 ans,		—	1904.
12		—	enfant, 10 ans,	Devonport,	août	1905.
13	— —			Llandudno,		1904.
14	— —			Swansea,		1904.
15	— —	—	femme, 50 ans,	Edimbourg,	juill.	1905.
16	— —	—	homme, 26 ans,	—	—	1905.

En raison du peu d'années écoulées depuis qu'on a commencé à se servir du chlorure d'éthyle comme anesthésique, cette liste de 16 cas, dit M. Luke, est suffisamment longue pour que la plus grande prudence soit observée quand il s'agit d'employer cet agent. Si l'on tient compte que la moitié de ces décès sont survenus pendant des opérations dentaires, on peut en conclure que cet anesthésique est trop souvent employé quand le protoxyde d'azote suffirait. On ne saurait faire preuve de trop d'attention quand il s'agit de mesurer la dose, et surtout il faut savoir parfaitement ce qu'il convient de faire en cas d'accident.

(British Dent. J.)

---

1. Cette note nous a été communiquée par M. Clauzel, gouverneur de la Côte-d'Ivoire.

L. L.

Anomalie de siège. Redressement vertical et parallèle de deux canines.

M. Martinier publie, dans le *Laboratoire*, le remarquable cas de redressement qui a fait le sujet de ses communications aux Congrès de Lyon et de Reims. Il s'agit d'un sujet de quinze ans, présentant les anomalies suivantes : 1° anomalie de siège des canines supérieures, situées de chaque côté de la ligne médiane, à la partie la plus élevée de la face externe du bord alvéolaire ; elles sont en contact par leur face mésiale ; leur direction est normale, verticale ; 2° absence des incisives centrales supérieures ; 3° anomalie de siège des latérales qui occupent la place des centrales, en arrière des canines ; les latérales, malgré leur situation en arrière de l'arcade, glissent au-devant des incisives inférieures, et peuvent ainsi résister à la pression antéro-postérieure exercée par les canines en éruption.

Ramener les canines à leur siège normal par les procédés usuels, était impossible, à cause de l'inclinaison qu'il aurait fallu leur donner. Ce que M. Martinier a voulu, dès le premier jour, c'est imprimer un *déplacement des canines parallèle à leur grand axe.*

L'appareil construit à cette intention a été ainsi combiné : une plaque palatine reliée par des fils métalliques à deux ailes reposant sur la face jugale des molaires et des prémolaires ; à la partie supérieure des ailes se trouve fixé un petit crochet destiné à l'insertion d'anneaux de caoutchouc ; d'autre part, deux coiffes métalliques scellées sur les canines, avec un prolongement vertical juxtaposé à la gencive et recouvrant le bord alvéolaire externe, prolongement où sont soudés plusieurs petits crochets disposés de telle façon que les élastiques les reliant aux crochets latéraux forment une ligne horizontale. En huit mois cet appareil donna le résultat qu'on en attendait, en produisant un écart de 32 millimètres entre les canines dont les faces distales furent ainsi amenées au contact de la face mésiale des prémolaires.

Il restait : 1° à faire avancer les incisives latérales à la place qu'auraient dû occuper les centrales ; 2° les rapprocher l'une de l'autre ; 3° rentrer les canines sur l'arcade ; 4° les faire pivoter sur leur axe.

M. Martinier construisit successivement plusieurs appareils destinés à obtenir simultanément ces divers résultats. Il rencontra cependant une difficulté d'ordre physiologique : quand il s'est, en effet, agi de pousser en avant les incisives, celles-ci ont rencontré un tissu qui avait été le siège d'une ostéite raréfiante très prononcée, du fait de l'énorme déplacement des canines, et les incisives, au fur et à mesure qu'elles avançaient, devenaient de plus en plus mobiles, en même temps qu'elles tendaient à dévier de leur direction ; l'incisive droite était même arrivée à passer derrière la gauche (le patient était très irrégulier dans ses visites).

En présence de ces résultats, les canines furent fixées au moyen de deux bagues reliées par un fil métallique rigide, qui, d'autre part, servit à empêcher les incisives de reculer, celles-ci étant entourées de bandes reliées au fil métallique unissant les canines par des fils de soie. Grâce à ceux-ci, on peut agir prudemment sur les incisives, de façon à régu-

lariser la position de la droite. Un appareil de repos fut placé pendant deux mois, puis un appareil analogue au premier, destiné à pousser les incisives en avant et à faire pivoter les canines en achevant de les faire descendre.

M. Martinier fait suivre l'observation de ce cas, dont ce qui précède n'est que la relation très succincte, d'intéressantes considérations sur les redressements en général, et sur leur mécanisme intime.

Il signale notamment combien le cas présenté plaide en faveur de la théorie de l'ostéite raréfiante et condensante (impossibilité de faire avancer prématurément les incisives à la place occupée antérieurement par les canines, siège d'un tissu osseux très modifié, et insuffisamment réparé pour maintenir les dents).

D'autre part, l'examen des modèles montre à la suite d'une période de repos, la néoformation des procès alvéolaires.

Quant aux troubles du côté de la pulpe, du ligament, ils furent nuls, comme dans tous les redressements lents conduits judicieusement.

M. Martinier tire également de ce cas des déductions importantes au point de vue général; notamment celles-ci: le processus de raréfaction alvéolaire dépend de la région de la dent à laquelle on imprime le mouvement à obtenir et de la région où la force prend son point d'appui. Dans le redressement vertical, la raréfaction alvéolaire se produit sur toute la hauteur de la racine avec son maximum d'intensité à la partie moyenne de la dent. L'application du principe mis en usage pour la correction de cette irrégularité est possible pour un grand nombre de cas (notamment prognathisme du maxillaire supérieur).

(P. Martinier, *Laboratoire*, 13 octobre 1907, p. 658.)

H. D.

Ictère grave chloroformique.

Au nombre des complications de l'anesthésie par le chloroforme, il faut placer les accidents hépatiques. Deux cas de ce genre font le sujet de l'article de M. Reggianini ; l'un d'eux est particulièrement frappant, car il n'avait été donné au malade qu'une dose moyenne de chloroforme (60 grammes). Voici quels furent les symptômes de l'affection : deux jours après l'opération, apparition de l'ictère, avec demi-coma ; pas de fièvre ; albuminurie ; le jour suivant, l'abattement augmente, le pouls est petit, la température a 36°5. Sous l'influence d'injections d'huile camphrée et de sérum physiologique, le malade s'améliore et guérit, malgré une hématurie très abondante et prolongée.

Dans ces cas dont la terminaison est souvent fatale, on admet des lésions hépatiques latentes.

(Reggianini, *Reforma medica*, 6 juillet 1906 et *Semaine méd.*, 6 novembre 1907.)

H. D.

Les accidents d'évolution de la dent de six ans.

M. J. Prudhomme, dans le travail qu'il a présenté sous ce titre au Congrès de Reims, divise ces accidents en locaux et en généraux ; les premiers comprennent des accidents muqueux, osseux, nerveux.

Du côté de la muqueuse, c'est une sensation de pesanteur ou de brûlure accompagnée de tiraillements, d'élancements, sensation qui est réveillée par la mastication, ou qui se produit spontanément. La muqueuse injectée, augmentée de volume, est le siège d'une véritable stomatite ulcéreuse de dentition. L'inflammation s'étend aux muscles masticateurs, et donne alors lieu à un trismus interne. Si l'infection n'est pas combattue, la périostite apparaît, puis l'ostéite.

Quant aux accidents nerveux ils consistent en phénomènes douloureux au pourtour de la région malade, plus rarement en névralgies du trijumeau, en névrites et en paralysies.

Comme accidents généraux, on observe les symptômes ordinaires des fièvres infectieuses. On peut également observer des accidents de voisinage (os, périoste, articulation temporo-maxillaire, spasme œsophagien, otite, adénites sous-maxillaires).

Le diagnostic se fera en général sans difficulté.

Le traitement sera préventif (Audy) en assurant l'asepsie buccale au moment de la période d'éruption de la dent de six ans.

En présence des accidents décrits, il faudra débrider le foyer infecté, l'ouvrir, soit au bistouri, soit au thermocautère, soit par l'extraction de la dent (ce dernier moyen très exceptionnellement). On fera usage de grands lavages antiseptiques, et l'on combattra les phénomènes douloureux à l'aide de la quinine, de pyramidon et de l'aconitine. Disons cependant que nous faisons toutes réserves au sujet de l'aconitine dont l'emploi, déjà dangereux chez l'adulte, nous semble peu recommandable chez l'enfant.

(J. Prudhomme, *Revue Odontologique*, 1907.)

H. D.

Parotidites post-opératoires.

Au cours d'une récente discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie, voici comment M. Legueu a expliqué le mécanisme des parotidites post-opératoires.

L'infection est d'origine buccale ; chez l'homme le microbisme buccal est réveillé à la suite des opérations, soit par l'infection, la pince à langue et peut-être le chloroforme.

Mais si la virulence du milieu buccal est nécessaire, elle n'est pas suffisante, il faut qu'il y ait diminution de la sécrétion salivaire (déshydratation, résultant de la diète, purgation ante-opératoire, saignée opératoire, suppression de l'alimentation solide, et défaut consécutif de mastication).

Donc, pour M. Legueu, virulence du milieu buccal et diminution de la salive, tels sont les deux facteurs les plus importants dans la pathogénie des parotidites post-opératoires.

(*Société de chirurgie*, 23 et 30 octobre 1907.)

H. D.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Moyen de vérifier la pureté de la craie précipitée. — Quand une solution chaude de chlorure de calcium est ajoutée à une solution de carbonate d'ammoniaque, on obtient un précipité de craie. Celui-ci est très employé comme poudre dentifrice à cause de son absence de gravier. Quoique, insoluble dans l'eau elle se dissout un peu dans la salive, en raison de la présence de bioxyde de carbone dans ce liquide. La plus grande partie de la craie précipitée du commerce est pure, mais elle peut contenir du plâtre moulu, de l'alumine, du fer, du carbonate de baryum, etc.

Pour reconnaître la pureté de la craie précipitée la dissoudre dans l'eau en y ajoutant de l'acide chlorydrique goutte à goutte. en mélangeant complètement jusqu'à ce qu'on ait obtenu une solution parfaite. Puis : 1° ajouter du chlorure de baryum à un peu de la solution, s'il y a du plâtre, il causera un précipité ; 2° ajouter à la solution de l'ammoniaque et faire bouillir : un trouble ou un précipité indiquera la présence du fer, de l'alun, de phosphates ; 3° ajouter à la solution une solution de sulfate de potasse : s'il se forme un précipité, cela indique la présence du baryum ; 4° à la solution ajouter une solution fraîche de sulfure d'hydrogène : si en laissant bouché pendant une demi-heure, il n'y a ni coloration, ni trouble, c'est qu'il y a absence de métaux.

Au microscope, les particules de craie précipitée sont des cristaux rhomboédriques. Cette matière a une réaction neutre, ne s'altère pas en restant à l'air.

La craie préparée de la pharmacopée des Etats-Unis ne doit pas être confondue avec la craie précipitée ordinaire. La première contient une forte proportion de matière minérale, fer, silice, etc. ; elle est plus souvent falsifiée avec du plâtre moulu que la seconde et peut se colorer par le fer. Ne pas l'employer dans la composition des dentifrices.

La chaux est dans les poudres dentifrices la partie principale des matières minérales ; c'est un astringent doux, non irritant, antiacide et un agent faible d'abrasion, presque insoluble.

La racine d'iris en poudre qu'on trouve souvent dans les poudres dentifrices, est de l'iris de Florence. Cette poudre jaunâtre est douce, mais, en raison des petits cristaux durs d'oxalate d'ammoniaque qu'elle contient, elle a une grande force d'abrasion. L'odeur violette qu'elle dégage sert à masquer les mauvaises odeurs de la bouche. Elle se com-

pose presque exclusivement de granules d'amidon ovoïdes contenant de l'acide tannique. Dans les dentifrices elle stimule la salivation et est astringente faiblement. *(Stmatologist.)*

Huile de cajeput. — En plaçant une obturation temporaire dans une cavité creuse ou en forme de soucoupe, en humectant celle-ci avec de l'huile de cajeput, la gutta chaude y adhère avec une ténacité particulière. C'est également un pansement excellent pour le canal radiculaire avant l'obturation à la gutta, qui vaut mieux que l'huile d'eucalyptus et qui possède les mêmes qualités antiseptiques. (*Dent. Rev.*)

Aurate de sodium. — L'aurate de sodium est un antiseptique local, non irritant, d'une grande force. On l'obtient en prenant 1 gr. de chlorure d'or qu'on met dans une quantité suffisante de solution aqueuse d'hydrate de sodium pour obtenir une réaction alcaline. Quand la solution devient d'une couleur plus légère, ajouter 100 c.c. d'une solution à 1 o/o d'acide borique et agiter. Le trouble disparaît et le liquide devient plus sombre. Ajouter de la solution normale de sel pour arriver à 200 c.c. Filtrer et conserver dans un flacon bouché à l'émeri. En faisant évaporer, on obtient une poudre antiseptique dont les propriétés bactéricides sont grandes. *(J. Americ. Med. Assoc.)*

Inconvénients des couronnes à coquille et à ruban. — Les inconvénients des couronnes à coquille et à ruban sont dus, d'abord, à la préparation et au façonnage impropres de la couronne naturelle, ce qui nécessite l'emploi d'une coquille de métal ne pouvant s'adapter au bord cervical; ensuite au prolongement du bord de la coquille sous le bord libre assez loin pour déborder sur le péricément et les tissus mous voisins. Dans le premier cas le bord de la coquille, étant éloigné du collet sur tous les points, forme un abri pour l'accumulation des débris alimentaires et des sécrétions stagnantes, ce qui a inévitablement pour effet l'invasion circulaire de la carie dans la dent; dans le second, les tissus mous sur lesquels il y a débordement s'irritent et se retirent ou bien l'inflammation amène de la pyorrhée. Dans les deux cas la dent est perdue.

Tout ce qui a été dit de l'adaptation inexacte ou du placement inexact du bord de la couronne à coquille s'applique de même à tout ruban entourant le collet, quelle que soit la nature de la couronne. C'est en observant les mauvais résultats d'une adaptation inexacte qu'on est arrivé à formuler les reproches actuels contre tous les rubans, et ces reproches sont certainement fondés. (*Stomatologist.*)

Prise des empreintes du bas. — Mélanger le plâtre à la consistance de la crème, écarter la langue et la joue et avec une cuiller verser le plâtre le long du bord en le laissant couler au-dessus et au-dessous de ce bord. Remplir le porte-empreinte de plâtre aux deux tiers et le mettre en position dans la bouche en pressant très légèrement pour éviter le déplacement des muscles et des tissus. Enlever quand c'est dur.

Cette méthode est particulièrement recommandable quand les six dents antérieures restent dans la bouche, car alors il ne faut pas de

porte-empreinte spécial. Remplir d'abord exactement au-dessus du bord et compléter avec du plâtre mou, puis introduire le porte-empreinte rempli modérément en pressant légèrement.

Avec cette méthode les muscles ne sont pas dérangés de leur position normale et l'on obtient une empreinte plus parfaite tout en courant moins le risque d'être obligé de façonner la plaque quand elle est finie. (*Pacif. Dent. Gaz.*)

Rétention des inlays de porcelaine. — Faire un cylindre en feuille de platine très mince, d'un diamètre un peu moindre que la profondeur de la cavité et assez long pour être placé dans le fond de la matrice. Fermer les deux extrémités du cylindre, placer celui-ci dans le fond de la matrice et insérer l'inlay. Après achèvement enlever la matrice de platine comme d'habitude et l'on remarque un conduit creux dans la porcelaine. Prendre un disque mince, tailler le conduit, et avec un peu de soin tout le platine peut être enlevé, au besoin en se servant d'un explorateur pointu. Il en résultera un inlay avec une rainure. Le tube peut être fait à l'extrémité d'un fouloir à canal radiculaire ou fil métallique d'une dimension convenant au cas particulier. Il y a moins à craindre de gauchir la matrice en se servant de ces tubes, mais ce ne doit pas être une raison pour opérer avec moins de soin. (*Dent. Cosm.*)

Brosse de laboratoire. — Pour stériliser la brosse qui sert à nettoyer les dentiers quand on les retire de la bouche du patient la laver à grande eau et la plonger ensuite dans une solution antiseptique. Les tablettes de cyanure de mercure de Ward conviennent parfaitement. Un vase d'un litre est un récipient convenable pour la brosse et la solution. Une tablette dans un litre d'eau donne une solution au 1/500. Si la brosse sert souvent, la conserver dans la solution, ou bien l'accrocher après l'y avoir laissée 20 minutes.

La formule des tablettes antiseptiques de Ward est la suivante :

Cyanure de mercure	6 gr.
Benzoïne	2 —
Borate de soude	9 —
Thymol	1/2 —
Carmin	Q. S.

(*Dental Magaz.*)

Matrices à brunir pour inlays. — Peu importe s'il y a des plis dans la matrice du bord, car, si les bords sont convenablement préparés, ces plis peuvent être brunis comme le reste de la matrice. Le point important c'est d'adapter la matrice aux parois et aux rainures de la cavité et d'éviter de la déchirer, ce qui se fait sûrement si l'on ne fait pas attention aux plis aux bords. (*Dent. Rev.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations pratiques du dimanche 10 novembre

A l'occasion d'une assemblée générale du Groupement de l'École dentaire de Paris, la Société d'Odontologie a organisé une séance de démonstrations pratiques qui a eu lieu en présence de nombreux confrères le dimanche matin, 10 novembre, à l'École dentaire.

I. — Détermination de l'arcade normale en orthodontie, par M. Pont (de Lyon).

M. Pont s'élève contre l'erreur qui consiste à vouloir ramener toutes les physionomies à un seul type de profil parfait. Les Grecs en admettaient sept.

Le profil est en effet variable suivant les races et suivant la forme du crâne ; brachycéphale, mésocéphale ou dolichocéphale.

L'articulation des dents, c'est-à-dire leur bonne harmonie, doit être en rapport avec la bonne harmonie du visage. Les tracés de Bonwil, de Gysi et d'Herbest sont donc peut-être aussi exacts les uns que les autres, et il importe par-dessus tout de se souvenir que l'on ne peut jamais ici, donner que des moyennes. C'est à l'orthodontiste à harmoniser, en quelque sorte, la forme de l'arcade dentaire par rapport à la forme du profil de façon à obtenir un tout parfait.

Les résultats obtenus par les orthodontistes sont d'autant plus rapides et surtout d'autant plus parfaits que le traitement est commencé de bonne heure. L'auteur rappelle qu'il a antérieurement développé cette opinion dans un travail sur les déformations des dents maxillaires chez les rachitiques, et qu'elle tend de plus en plus à se répandre.

Il considère donc comme insuffisantes les méthodes de détermination de l'arcade dentaire qui nécessitent la présence de toutes les dents et il fait ici la critique des méthodes de Hawley, de de Croës et de Herber, démontrant surtout l'erreur géométrique de celle de Hawley. Ces méthodes doivent cependant être connues car elles peuvent rendre des services dans les cas où elles sont applicables et elles peuvent, dans les autres cas, servir par la suite à contrôler les résultats obtenus.

L'auteur fait alors l'historique de l'indice dentaire, longuement décrit au Congrès de Lyon en août 1906[1]. Il parle des modifications

1. V. *Odontologie*, 15 octobre 1906, p. 295.

actuelles et présente un barême qui sera prochainement publié.

Les avantages de cette méthode sont sa simplicité, sa rapidité et son application possible à presque tous les cas.

Enfin l'auteur parle de différentes façons de tracer l'arcade en s'aidant des méthodes citées plus haut.

II. — Démonstration des inlays en or par la méthode centrifuge de Jameson's, par M. F.-W. Williams.

L'appareil présenté par *M. Williams* se compose essentiellement d'un boîtier cylindrique à fond d'amiante de 40 à 50 centimètres de diamètre environ, et d'une double branche horizontale montée sur un pivot vertical, mobile, passant par le centre du boîtier, et actionné par un mouvement d'horlogerie. Un côté de la double branche n'est qu'un simple balancier, destiné à faire contrepoids ; l'autre se compose d'un support qui recevra un godet contenant le moule de l'inlay. On commence par construire l'inlay en cire, on y implante une pointe, et on investit le tout dans un mélange de talc et plâtre que l'on met dans le petit godet qui prendra place sur la branche du boîtier. Une fois le mélange durci, on retire la pointe, ménageant ainsi une cheminée qui communique avec l'inlay, et l'on chauffe le revêtement jusqu'à dessiccation complète et à brûlage parfait de la cire. On place ensuite le godet sur l'appareil, la cheminée regardant le centre. Puis, à l'entrée de la cheminée, sur un petit plateau en terre réfractaire, on place de petits morceaux d'or que l'on fond avec un Fletcher. Quand l'or est en fusion, on déclanche le ressort intérieur, les branches se mettent à tourner très rapidement, et l'or en fusion, grâce à la force centrifuge, va combler le moule de l'inlay.

M. Williams a exécuté un certain nombre d'inlays et d'autres travaux avec cet appareil dont les applications peuvent être nombreuses, et dont les résultats sont parfaits.

III. — Nouvel appareil pour la confection des inlays en or, par M. Etchepareborda (de Buenos-Ayres).

L'appareil présenté par M. Etchepareborda est construit d'après le même principe que la pince que M. Solbrig a présentée et expérimentée à la précédente séance [1], c'est-à-dire que l'on coule les inlays par le système de la cire perdue, et que l'on provoque la coulée de l'or au moyen de la pression de la vapeur d'eau obtenue par le contact d'amiante, préalablement humectée, avec les parties surchauffées contenant l'or en fusion.

L'appareil de M. Etchepareborda se compose d'un cylindre creux, emprunté à la petite presse de Ash, d'un tube de cuivre, et d'un

1. V. *Odontologie*, 15 novembre 1907, p. 420.

cylindre massif en acier, creusé à sa partie inférieure dans une hauteur de 5 à 6 millimètres. Quand la cire a été brûlée, on place le tube dans le cylindre creux, et on fond l'or. Il n'y a plus qu'à couvrir le cylindre creux avec le cylindre qui porte l'amiante.

IV. — Pivot articulé, automatiquement dirigeable, par M. Touvet-Fanton.

Le pivot dont M. Touvet-Fanton a démontré l'usage est destiné à faciliter le placement des couronnes en porcelaine. Il est à double rotule, ce qui fait que la dent étant ajustée à la gencive, la direction du canal importe peu. Si l'on a pris un pivot de diamètre approprié, il n'y a qu'à l'introduire dans le canal, le ressortir et le chauffer ; les deux segments du pivot étant faits de métaux différents, les articulations s'ankylosent, et le pivot devient rigide, tout en gardant la forme que lui a donnée son introduction dans la racine. Néanmoins il est préférable de fondre un paillon de soudure, la solidité et la rigidité n'en seront que plus grandes.

M. Touvet-Fanton a pu, séance tenante, placer très aisément à une malade une dent à pivot à l'aide de cette méthode.

V. — Insensibilisation de la dentine par les injections sous-muqueuses, par M. Touchard.

M. Touchard a continué l'expérimentation de sa méthode qu'il avait commencée à la séance précédente. Les expériences ont porté sur plusieurs patients et ont été des plus concluantes. Dans un cas, notamment, on a pu, sans que le patient en accusât la moindre douleur, pénétrer dans la chambre pulpaire.

VI. — Technique de l'anesthésie générale par l'appareil Décolland, par M. Décolland.

M. Décolland a expérimenté avec un plein succès son appareil pour anesthésie, auquel il a fait subir certaines modifications, telles que le remplacement du réservoir d'air par une soupape donnant accès à l'air, modifications sur lesquelles l'auteur se propose de revenir.

Henri Dreyfus.

Erratum. — Le malade présenté par *M. Rigolet*, à la précédente séance pratique portait son appareil depuis *huit ans* et non depuis deux. Cette rectification a son importance puisqu'elle permet de constater, conformément à l'opinion de M. Sebileau, que ce malade, opéré largement et de bonne heure d'un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur, n'a pas présenté de récidive.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Vingt-huitième séance annuelle de réouverture des cours.

La vingt-huitième séance annuelle de réouverture des cours a eu lieu le samedi 16 novembre à l'Ecole dentaire de Paris, à 9 heures du soir, dans la grande salle de dentisterie opératoire, qui avait été aménagée spécialement à cet effet.

Elle devait être présidée par M. le professeur Lannelongue, sénateur, membre de l'Institut, rapporteur du projet de réforme des études dentaires à la Commission instituée par le Ministère de l'Instruction publique ; mais une crise aiguë d'eczéma dont il était atteint a empêché M. Lannelongue de venir. La maladie et un deuil récent ont de même empêché M. le sénateur Strauss de se rendre à la cérémonie. La présidence a donc été offerte au dernier moment à M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, qui, avec sa bonne grâce accoutumée, a bien voulu l'accepter.

Sur l'estrade avaient pris place le président, M. Godon, directeur de l'Ecole, MM. J. d'Argent et L. Lemerle, vice-présidents de la Société, les membres du Conseil d'administration et du Corps enseignant, M. le Prof. Desgrez, etc.

M. Blatter, secrétaire général, commence par faire part des excuses de :

MM. Mascuraud, sénateur ; Charles Benoist, Georges Berry, Georges Berger, députés ; Grébauval, Pierre Morel, Bellan, Félix Roussel, conseillers municipaux ; Sansbœuf, maire du 8e arrondissement ; Le Dentu, Sebileau, Gariel, Delapersonne, professeurs à la Faculté de médecine ; Grimbert, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie ; Giuria, professeur à l'Université de Gênes ; Evellin, inspecteur général honoraire de l'enseignement ; Tilloy, secrétaire général de l'Assistance publique ; Sauvez, Frey, Levett, professeurs à l'Ecole dentaire de Paris ; Mendel-Joseph, professeur suppléant ; Mahé, chef de clinique ; Davenport, Damain ; Cousin, pharmacien des hôpitaux de Paris ; Claser, président d'honneur de l'Association.

Puis M. Godon s'exprime en ces termes :

M. le professeur Lannelongue s'était fait un plaisir d'accepter de présider cette réunion — sur la demande de M. le sénateur Strauss et du directeur de cette école. Il nous avait confirmé son acceptation dans des lettres et dans une entrevue que j'ai eue avec lui mercredi dernier, quoiqu'il souffrît d'une crise aiguë d'eczéma.

Nous comptions donc saluer ce soir à cette présidence le savant et le législateur qu'est M. Lannelongue, quand nous avons reçu hier de lui un télégramme dans lequel il nous disait que sa crise s'était aggravée et qu'il craignait bien de ne pas être en état de venir.

Il nous a confirmé ce soir cette mauvaise nouvelle.

Je lui ai déjà exprimé et je lui exprimerai encore, cette fois en votre nom à tous, les regrets sincères que nous cause son absence.

Il donne ensuite lecture de la lettre suivante :

SÉNAT
—

Samedi, 16 novembre, 6 heures soir.

Mon cher Directeur,

Je ne puis pas vous dire assez combien je suis contrarié. Je me faisais une véritable fête de vous voir tous en famille ce soir, de vous assister et de vous entendre, heureux d'applaudir au mérite et de constater de mes propres yeux une fois de plus les progrès de votre institution à la veille de faire un grand pas auquel, je puis le dire, moi qui ai pris connaissance de vos nombreux rapports, vous aurez beaucoup contribué. Si je ne puis le faire de vive voix, je tiens à vous féliciter chaudement de l'élévation morale et scientifique que vous aurez donnée à votre école dentaire et je puis vous assurer de mon entier dévouement pour le succès de vos efforts et de vos luttes.

Veuillez donc encore m'excuser et exprimer mes regrets à tous ceux qui vous assistent et vous écoutent ce soir.

LANNELONGUE.

P.-S. — Mon médecin me défend absolument de sortir ce soir.

Puis il prononce les paroles suivantes :

Il est une autre absence qui nous est également très pénible : c'est celle de M. le sénateur Strauss. La maladie qui vient de le retenir à la chambre pendant deux semaines et un deuil cruel, qui vient de le frapper, nous privent

du plaisir de le voir parmi nous ce soir à cette réunion à laquelle il est si fidèle chaque année.

Je lui exprimerai, avec les sentiments de gratitude que nous éprouvons pour les services qu'il n'a cessé de rendre à cette institution, la part très vive que nous prenons au malheur qui le frappe.

Il donne ensuite lecture de la lettre qui lui a été adressée par M. le sénateur Strauss :

Paris, le 15 novembre 1907.

Mon cher Directeur et ami,

A mon grand regret, je ne pourrai assister demain soir à votre fête annuelle, dont je m'efforce d'être un habitué, et qui a pour moi tant de charme et d'attrait.

Une fin de grippe et un deuil de famille me retiendront loin de vous, je n'aurai pas le plaisir de vous entendre ni celui d'accueillir et de remercier mon savant collègue le Dr Lannelongue, s'il est assez bien portant pour venir. Vous aurez heureusement à vos côtés un des plus anciens et des plus fidèles patrons de l'École dentaire, mon excellent ami M. Gustave Mesureur, directeur de l'Assistance publique de Paris.

Sans aucun doute, avec le Dr Lannelongue comme avec M. Gustave Mesureur, un nouvel et pressant appel sera adressé aux pouvoirs publics pour que l'enseignement dentaire en France reçoive enfin sa charte définitive, pour que vos Écoles soient de plus en plus et de mieux en mieux utilisées par l'Université comme elles ont commencé à l'être si heureusement par l'Assistance publique.

Si j'avais été présent à votre fête de famille scolaire, professionnelle et mutualiste, j'aurais certainement gardé le silence, car d'autres que moi diront notre estime commune pour l'École que vous dirigez si magistralement. A mon avis, et comme témoin impartial et désintéressé, je pense et je ne manquerai pas de dire, partout où cela sera nécessaire, qu'aucun foyer d'enseignement professionnel n'a plus de rayonnement et que, si l'art dentaire progresse en France,

c'est à vos écoles fondées sous le régime de la loi de 1892 que nous en sommes redevables, pour le plus grand profit des malades de toute catégorie.

C'est à fortifier et à développer d'aussi précieux organismes que les réformateurs doivent s'employer pour que l'enseignement dentaire soit de plus en plus digne de la France et de la République.

En m'excusant encore de ne pouvoir venir, pour des raisons trop impérieuses et trop douloureuses, je vous prie de croire, mon cher Directeur et ami, à mes sentiments cordialement dévoués.

PAUL STRAUSS.

M. Godon prononce alors une allocution pour remercier M. Mesureur d'avoir accepté de présider la cérémonie; il expose le rôle scientifique de l'École dentaire de Paris, son fonctionnement, ainsi que le fonctionnement du Dispensaire, résume l'œuvre accomplie depuis 1880, expose sommairement les réformes des études demandées par la profession, rend hommage au projet de M. Lannelongue sur cette question et termine en remerciant tous les collaborateurs de l'École de leur zèle.

M. Serres, professeur à l'École dentaire, fait une conférence sur le rôle que jouent la mécanique, la physique et la métallurgie en art dentaire. La mécanique appliquée triomphe surtout en orthodontie; la physique trouve accessoirement des applications multiples en art dentaire, notamment l'électricité et la radiographie; la métallurgie y est d'une constante application. Il faut donc apprendre de bonne heure les sciences.

M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, remercie l'École du concours désintéressé qu'elle apporte à l'œuvre d'assistance dont il a la charge, aussi bien à Paris qu'à Angicourt, où le service dentaire au sanatorium des tuberculeux est assuré par un professeur de l'École. Il lui promet tout son appui pour la réalisation de ses revendications. Il engage les élèves à travailler avec ténacité pour acquérir un bagage qui leur assure une supériorité individuelle et nationale.

M. Godon procède à la remise de deux médailles d'or offertes à des professeurs de l'École par le Conseil d'administration; il le fait dans les termes suivants :

J'ai maintenant une tâche agréable à remplir.

Le Conseil d'administration de la Société accorde, en effet, chaque année à un professeur de l'École une médaille,

pour remercier, par ce modeste témoignage de reconnaissance, le Corps enseignant tout entier de son zèle.

Cette fois le Conseil a décidé de récompenser deux professeurs, également anciens dans le Corps enseignant, également dévoués, appartenant l'un à l'enseignement scientifique et médical, *M. Pinet,* l'autre à l'enseignement technique, *M. Barrié.*

M. Pinet, lauréat de la Faculté de médecine (1878), docteur de la Faculté de Paris, est professeur titulaire d'anesthésie à l'École dentaire de Paris depuis le 5 février 1894 et chef du service d'anesthésie depuis le 4 novembre 1902.

Je ne mentionnerai que pour mémoire les postes qu'il a occupés ou qu'il occupe encore au dehors :

Ancien préparateur des cours et du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée (professeur *Vulpian*) à la Faculté de médecine de Paris, puis chef du même laboratoire, médecin de l'École des Beaux-Arts, médecin de la direction générale des Beaux-Arts, médecin adjoint de la police municipale, membre de la Commission d'hygiène du 6e arrondissement, ancien délégué cantonal et ancien membre de la Commission scolaire du 6e arrondissement.

L'éloge de *M. Pinet* n'est plus à faire, mais je suis heureux de trouver cette occasion de reconnaître publiquement ses services. *(Applaudissements.)*

M. Barrié, diplômé de l'École dentaire de Paris (en 1885) et de la Faculté de médecine de Paris (en 1894), démonstrateur de dentisterie opératoire (en 1887), professeur suppléant de dentisterie opératoire le 29 octobre 1892, est professeur titulaire depuis le 26 octobre 1897.

Il a été membre du Conseil de direction de l'École (en 1892), membre du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France et secrétaire général de cette Association en 1893, secrétaire des séances de la Société d'Odontologie, délégué par l'École dentaire de Paris et l'Association générale au Congrès dentaire de Chicago du 14 au 19 août 1893 et accrédité audit Congrès par M. le ministre du Commerce.

L'enseignement de *M. Barrié* est très goûté des élèves ; ce professeur nous rend de très grands services et je me félicite d'avoir aujourd'hui la possibilité de lui adresser de publics remercîments. *(Applaudissements.)*

Vous ratifierez, nous en sommes sûrs, ces choix de votre Conseil d'administration. *(Applaudissements.)*

M. Blatter, secrétaire général, donne lecture du palmarès, et la distribution des récompenses s'opère au milieu des applaudissements.

Enfin *M. Godon* remet une médaille commémorative de la soirée au président, *M. Mesureur*, en l'accompagnant des paroles suivantes :

Chaque année nous avons l'habitude de remettre au président de cette réunion un souvenir, qui consiste en une médaille ; je prie donc M. Mesureur de bien vouloir accepter ce modeste hommage que lui offre le Conseil d'administration avec ses plus vifs remercîments.

Je le prierais d'ajouter cette médaille à la collection de celles que nous lui avons déjà remises dans des circonstances semblables, si je n'apprenais à l'instant que dans l'incendie dont il a été victime il y quelques années nos médailles ont été fondues.

Je lui demande, au nom du Conseil d'administration de l'École, l'autorisation de lui reconstituer cette collection. *(Applaudissements.)*

M. Mesureur remercie en rappelant les regrets qu'il a éprouvés de la perte de nombreux souvenirs détruits par ce sinistre, ajoute que, si cet incendie a détruit toutes les médailles provenant de l'École dentaire de Paris, il n'a pu détruire son amitié pour le directeur de l'École et sa vive sympathie pour l'institution.

La cérémonie a pris fin sur ces mots.

Nos lecteurs trouveront d'ailleurs plus loin les allocutions de MM. Mesureur et Godon, la conférence de M. Serres et le palmarès.

DISCOURS DE M. G. MESUREUR,

Directeur de l'Assistance publique.

Mesdames, messieurs,

J'ai le devoir de terminer la série des allocutions que vous devez entendre. Je n'ai pas besoin de réclamer votre indulgence, puisque vous avez appris tout à l'heure dans quelles conditions j'ai été amené à cet honneur périlleux de présider cette année la distribution de vos récompenses.

Ma présidence, vous le savez, est le résultat d'une suite de circonstances malheureuses. Je ne m'en rends pas moins compte du devoir que j'ai de me montrer digne de l'honneur que vous me faites, mais je ne puis néanmoins séparer un instant mon souvenir des causes fâcheuses qui m'obligent en ce moment à parler et j'exprime avec vous le regret que nous éprouvons de l'absence de M. Lannelongue, de ce maître de la science que sa bonté et son caractère rendent si sympathique à tous.

M. Lannelongue vous apportait beaucoup par son autorité, par ses travaux antérieurs, et par sa situation dans le monde scientifique, dans le monde politique. Il vous aurait apporté ce soir le concours d'une autorité et d'une influence considérables. Si nous avons le regret de ne pas le voir en personne, nous pouvons exprimer cependant l'espoir que cette autorité et cette influence s'exerceront néanmoins pour la réalisation des projets de votre Ecole et pour les revendications que vous avez formulées vis-à-vis de l'Etat. (*Applaudissements.*)

Lorsque j'appris que M. Lannelongue ne devait pas venir, j'espérais m'asseoir à côté de mon ami Paul Strauss. Je me disais : un sénateur de moins, un sénateur le remplace, et je comptais entendre la parole de M. Paul Strauss pour compenser l'absence de M. Lannelongue; mais M. Paul Strauss vient d'être frappé par un deuil de famille qui le tient éloigné de nous.

C'est pour cela que vous voilà réduits à n'avoir ce soir pour président que le directeur de l'Assistance publique. *(Applaudissements et rires.)*

Je ne sais si c'est pas une déconvenue pour vous, mais vous aurez assurément le regret de ne pas connaître ce soir des amis nouveaux. Quand on a de vieux amis et qu'on les voit souvent, on s'y habitue, alors qu'il y a dans les amis nouveaux, qu'on ne connaît pas et qui vous apportent une note inédite qu'on goûte davantage, un attrait que les amis anciens ne cherchent pas à concurrencer.

Aussi me bornerai-je à être très court et à vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait, tout en ajoutant que le devoir du directeur de l'Assistance publique était d'être ici ce soir et surtout de saisir cette circonstance pour exprimer sa reconnaissance à l'Ecole dentaire de la rue de La Tour-d'Auvergne et à l'Ecole Odontotechnique de la rue Garancière, pour le concours si désintéressé que ces écoles ont bien voulu apporter à l'œuvre d'assistance que nous poursuivons.

Ces deux écoles, avec un enthousiasme qui, je dois le dire, nous a profondément touchés, ont accepté de donner leurs soins gratuits aux malheureux et aux indigents que nous leur adressons pour des soins dentaires. Elles ont accepté plus même ; elles ont presque fait abandon de leur personnalité — que nous entendons néanmoins respecter absolument — elles ont accepté le titre qui, aux yeux du public, indique qu'elles seront désormais des dispensaires de l'Assistance publique.

Cela a été pour nous une grande joie, car nous avons ainsi étendu notre action sans efforts et sans sacrifices en annexant en quelque sorte deux établissements remarquables à tant de titres, dans leur genre unique, et cela au plus grand bénéfice de ceux qui souffrent et que vous voulez bien nous aider à soulager. *(Applaudissements.)*

J'adresse donc nos plus vifs remerciements aux professeurs et aux élèves de cette École qui nous apportent leur concours pour le soulagement des malheureux. Vos élèves

vont faire ici un apprentissage moral en même temps qu'un apprentissage technique. Il n'est pas mauvais que dans une école technique comme la vôtre où l'on pourrait croire qu'on est absorbé tout entier par le caractère pratique de l'enseignement qu'on y reçoit, il y ait à côté une sorte d'enseignement moral pour des jeunes gens qui voient des malheureux et constatent leurs souffrances. Ils se pénètrent ainsi de l'idée que plus tard une partie de leur talent, de leur savoir, doit appartenir aussi à ceux qui ne peuvent pas les payer.

Je vous remercie donc et du concours que vous nous donnez dans vos écoles comme dispensaires de l'Assistance publique, et du concours que vous avez bien voulu nous donner pour les tuberculeux d'Angicourt. Nous avions là-bas des hommes qui souffraient et qu'il fallait faire revenir à Paris pour les soigner. Votre concours spontané et si désintéressé nous a permis d'apporter à ces pauvres malades un soulagement efficace. Vous nous avez permis de soulager des souffrances que bien souvent nous étions hors d'état d'alléger.

C'était, messieurs, un devoir pour moi de venir parmi vous et de vous remercier, et c'est aussi l'explication de la sympathie que j'ai toujours éprouvée pour vos écoles.

Je n'ai pas été sans assister aux luttes qui vous séparent dans le monde scientifique, où l'on est menacé d'être dévoré par les stomatologistes ou d'être absorbé par les odontologistes. Je ne jetterai la pierre à personne. Je crois que les stomatologistes ont leur rôle, je crois que vous avez aussi le vôtre et que peut-être l'intérêt de la profession, de l'art et de la science dentaires, serait que ces querelles scientifiques disparaissent et que les deux courants s'allient afin, que, d'un commun accord, on ne songe plus qu'à une seule chose, faire le bien et être utile à la société. Je ne puis pas assez vous dire combien nous sommes attentifs aux progrès de vos écoles, combien nous sommes heureux de voir que la science technique que vous enseignez ici se répand de plus en plus, ce qui nous permet de compter que, dans un avenir qui se rapproche de plus en plus, toute la population française pourra s'adresser à des dentistes de savoir, à des

hommes d'expérience. C'est là ce qui nous amène à revendiquer de la part des pouvoirs publics des concessions qu'on vous marchande trop et que peut-être, dans l'intérêt général, on devrait vous donner plus vite.

Vous savez que j'ai toujours défendu auprès des pouvoirs publics cette revendication qui tend à faire reconnaître l'officialité de votre enseignement, qui tend à faire appel à votre concours dans les examens dans une mesure plus large que celle qui vous est faite aujourd'hui, et qui tend enfin à associer vos écoles, c'est-à-dire votre installation, votre outillage — qui n'a nulle part son pareil — à la passation de cet examen définitif, que vous appelez le troisième examen, qui consacre définitivement le praticien et lui donne le droit d'exercer.

Sur ce terrain vous savez que vous pouvez toujours compter sur moi et qu'autant que je le pourrai je vous aiderai. On s'est un jour adressé à moi et on a dit : les écoles dentaires n'ont pas de caractère officiel, il faudrait qu'elles eussent ce caractère pour qu'on acceptât leur concours dans l'enseignement public d'une manière plus effective. Si elles avaient ce caractère, peut-être l'Etat pourrait-il s'adresser à elles pour donner à l'enseignement un développement qui lui manque, peut-être pourrait-il se servir de ces écoles pour sanctionner cet enseignement au point de vue pratique. J'ai donc donné le plus que j'ai pu un caractère officiel à vos écoles afin que l'Etat n'ait plus le prétexte de vous écarter.

Dans le public et dans l'administration, les progrès ne se font que très lentement. Nous ne pouvons pas marcher de conquête en conquête tous les jours, mais il ne faut pas reculer et nous pouvons craindre qu'un enseignement officiel ne s'installe à côté du vôtre ; on créerait ainsi une chose véritablement inutile, dispendieuse pour le pays, puisque vous l'avez créée vous de toutes pièces et que vous ne demandez qu'une chose : mettre vos écoles à la disposition de tous et faire profiter de votre organisation l'enseignement public comme vous en avez fait profiter l'enseignement privé. (*Applaudissements.*)

C'est ce que vous diront tous les hommes publics soucieux du progrès, soucieux de voir progresser l'enseignement technique dans notre pays. Tous vous diront qu'ils se mettent à votre disposition et vous apporteront leur influence, leur concours pour faire triompher vos revendications.

Cet engagement, cette promesse, je pense pouvoir les prendre aussi bien au nom de M. Paul Strauss qu'au nom de M. Lannelongue, persuadé qu'ils ne me démentiront pas, convaincu que chacun de nous pense que votre Ecole est une chose belle et utile pour la France.

Vous avez lutté pendant 20 années et, grâce à vous, notre pays ne se trouve pas en retard sur les autres malgré les progrès considérables qui ont été faits par l'art dentaire, et vous pouvez regarder avec sévérité ce qui se fait à l'étranger à ce sujet. On parlait tout à l'heure de l'or, ce métal qui a des qualités si précieuses pour vous et qui est utilisé d'une manière si générale dans votre art. L'Amérique, qui a fait tant de progrès dans l'art dentaire, qui en est arrivé au point de vue de la science qui nous occupe à un degré de perfectionnement réellement remarquable, cette Amérique va manquer de l'or que vous avez en France. Voilà une supériorité à laquelle vous ne vous attendiez pas, sans doute ! Il ne faut pas la dédaigner. De cette supériorité de l'or, de la fortune, de la richesse française, sachons profiter de notre mieux, — peut-être pendant que les Américains n'auront plus d'or, viendra-t-on chez nous se faire arranger les dents? (*Rires.*) — Je ne voudrais pas insister sur ce côté, peut-être un peu faible de ma démonstration, mais je vous assure qu'au fond elle est très sérieuse. Montrons notre supériorité, car nous avons un intérêt évident à ce que notre pays ait en toutes choses une suprématie et une supériorité indéniables : c'est là d'ailleurs du bon patriotisme, c'est aussi une chose excellente parce que plus la France fait de progrès, plus elle sait être supérieure dans un ordre d'idées quelconque, moral, scientifique ou autre, plus elle sert d'exemple à d'au-

tres pays, plus elle fait avancer le progrès de l'humanité.

Il ne faut pas nous lasser d'être les premiers en tout, de chercher toujours à faire mieux, et c'est pour cela que je ne saurais trop vous encourager à travailler avec ténacité, avec volonté, à ne pas laisser perdre une heure, car les moments sont courts dans la vie qu'on peut consacrer à l'étude, tandis que longue est la vie que l'on doit consacrer au travail pour assurer son existence. Lorsqu'on à le devoir d'élever sa famille, qu'on a des responsabilités, on est heureux d'avoir un bagage scientifique derrière soi, or c'est seulement dans sa jeunesse qu'on peut s'assurer de ce bagage nécessaire.

Je vous engage donc à être de bons et excellents élèves, dignes à tous points de vue de la maison qui vous a formés capables d'en assurer le renom et de participer à votre tour à l'élévation de la profession scientifique qui vous est réservée. (*Applaudissements.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France *de décembre 1906 a publié un article de M. Friteau intitulé « Dentistes, veillez ! », critiquant en termes très vifs l'Administration de l'Ecole dentaire de Paris et l'attitude de M. Godon, son directeur, à propos de l'assimilation du Dispensaire de l'Ecole aux Dispensaires de l'Assistance publique.*

A la suite de cet article, dans lequel il se trouvait directement pris à partie, M. Godon a fait parvenir au Bulletin du Syndicat, *tant au nom du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris qu'en son nom personnel, une réponse que le* Bulletin du Syndicat *s'est refusé à publier.*

Il basait son refus sur certains passages que le Tribunal de la Seine (9e chambre), saisi de la difficulté, a considérés comme trop vifs. Nous avons offert de les supprimer, mais le Bulletin *a persisté dans son attitude.*

Nous donnons connaissance à nos lecteurs de cette réponse, d'où nous avons écarté tous les passages qui pouvaient éveiller la susceptibilité de M. Friteau.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LES ÉCOLES DENTAIRES

Réponse à M. Friteau.

Le Bureau de l'Ecole dentaire de Paris, en présence des attaques publiées par M. Friteau dans le *Bulletin du Syndicat*, a décidé dans la séance du 10 décembre 1906 :

« De protester contre la publication de l'article de M. Friteau, » qui est de nature à compromettre l'entente intervenue avec tant de » peine avec l'A. P., et à aliéner les sympathies que l'Ecole s'y est » créées.

» Et de charger son président de répondre, au nom du Conseil, à » l'article en question par un article très complet, dont il devra exi- » ger par l'intermédiaire d'un des membres du Conseil judiciaire la » publication avec tous documents, de façon à dissiper toute équivo- » que et tout mal entendu. »

C'est ce devoir que je remplis.

Sous le titre « Dentistes, veillez ! » M. Friteau a publié, dans le numéro de décembre du *Bulletin du Syndical*, un article sur l'Assistance publique et les Ecoles dentaires. Le ton de cet article contraste singulièrement avec celui de certaines pages précédentes et, en s'abstenant de nous adresser des injures, l'auteur nous permet de lui ré-

pondre. Assurément tous auraient préféré une discussion d'idées ; mais les questions de doctrine pure ne sourient sans doute pas à M. Friteau, dont l'article constitue une attaque contre moi.

A défaut de la mission officielle dont m'a chargé le Bureau de l'Ecole dentaire, je devrais à M. Friteau et à ses lecteurs des explications qui sont indispensables. Cet article a paru précisément à la veille d'une assemblée générale et des élections qui y ont eu lieu.

I. — Le résultat obtenu.

Pour la clarté du débat, rappelons le résultat obtenu. En vertu de la décision du 24 juillet 1906 : « *Les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique sont admises à donner des soins gratuits aux personnes admises à l'assistance médicale à domicile et aux bureaux de bienfaisance. Les Ecoles dentaires, en tout ce qui touche le service des malades pauvres, seront assimilées aux Dispensaires de l'Assistance publique.* »

J'indiquais (*Odont.* 30 nov. 06, p. 343) le caractère intéressant de cette décision en ces termes : « Cette fois, l'Ecole dentaire de Paris collabore enfin à l'œuvre de l'Assistance publique, *tout en conservant son autonomie et sans ingérence administrative, sans la plus légère subordination aux hôpitaux* comme dans le projet de 1904. »

Ainsi cette décision, importante pour notre Ecole au point de vue de l'enseignement, n'est pas moins importante pour notre profession tout entière, puisqu'elle place les odontologistes sur le même pied que les stomalologistes pour les soins aux malades de l'Assistance publique. Il y a là un pas fait vers la réalisation de nos revendications.

II. — Caractère de la décision obtenue.

L'importance de ce résultat n'échappe d'ailleurs pas à M. Friteau. Il y voit une « double victoire morale et pratique » et cependant, oubliant les intérêts de l'enseignement, il n'envisage la question qu'au point de vue de la profession dentaire.

Cette décision, écrit M. Friteau, « a pour toute la profession dentaire l'indiscutable avantage de reconnaître publiquement le droit des odontologistes de donner leurs soins aux malades de l'Assistance publique au même titre que les stomatologistes des hôpitaux ».

Autre avantage d'intérêt général : les Ecoles trouveront aisément tous les malades pauvres nécessaires à leur enseignement et laisseront les malades aisés aux dentistes.

Ici, toujours la même note de dénigrement : absence de contrôle dans les Ecoles sur les catégories de malades. M. Friteau sait que cette question préoccupa souvent notre Conseil d'administration ; il sait que nous avons établi un service de contrôle et d'enquêtes ; il sait que nous refusons tout malade aisé lorsque nous pouvons le reconnaître comme tel.

Nous nous réjouirons autant que M. Friteau de voir la décision obtenue de l'Assistance publique par nos efforts persévérants, contribuer à la prospérité de nos confrères ; nous nous réjouissons déjà de la disparition de ce prétexte à débats irritants.

III. — Notre reconnaissance.

Ces résultats nous amenaient à dire merci à tous ceux qui avaient collaboré à cette œuvre. Et voici que déjà M. Friteau devient chagrin. Nous sommes trop individualistes dans notre reconnaissance ; nous ne disons merci qu'à ceux qui ont travaillé... M. Friteau, lui, a le geste magnifique : dans un accès de générosité il étend à tous les dentistes de France et de Navarre, voire même du monde, sa reconnaissance pour un tel bienfait... afin de n'avoir pas de dette de gratitude envers ceux qui ont avec une inlassable énergie lutté pendant vingt ans pour arracher quelques parcelles du domaine sur lequel les stomatologistes s'étaient installés en maîtres.

Seul le groupement de l'Ecole dentaire a fait ces perpétuels efforts : il y était directement intéressé, mais il servait au Dispensaire la cause de l'enseignement et de la philanthropie et la cause plus générale de la profession.

Hésiter à remercier le directeur de l'Assistance publique est un acte d'ingratitude parce que, s'il n'avait pas accepté d'être, pour une part au moins, le défenseur de nos revendications, nos démarches n'auraient pas plus abouti que n'avaient abouti les précédentes. Il y avait aussi une « collectivité » de dentistes lorsqu'en 1901 nous avons fait l'effort pour modifier les conditions d'admissibilité au concours pour le poste de dentiste des hôpitaux, il y avait une cohésion complète et cela n'empêche pas que nous n'avons obtenu presque rien. Que d'autres exemples nous pourrions citer ! C'est une vérité — peut-être regrettable — que l'appui personnel des détenteurs du pouvoir fait plus pour aboutir au succès que la justice même de la cause. Mais c'est la vérité !

Maintenant M. Friteau se laisse envahir par la « tristesse » ; la grande et réelle victoire lui semble près de la *déroute*. Il met un crêpe à son fifre et aux accents joyeux succèdent les lamentations.

Voici les deux motifs sur lesquels son chagrin va moduler :

1° Le mémoire présenté au Conseil de l'Assistance publique par M. Mesureur (quoiqu'il reste sous sa plume le « dévoué et distingué directeur ») contient des phrases absolument contraires aux revendications des dentistes ;

2° L'article du directeur de *L'Odontologie* contient des phrases où nos droits les plus sacrés sont méconnus.

IV. — Opinion de M. Mesureur.

Voici la phrase que M. Friteau relève dans le mémoire de M. Me-

sureur, phrase qu'il citera deux fois en caractères d'affiche électorale :

« De leur côté les Écoles dentaires savent très bien que leur effort ne marque qu'une époque transitoire dans l'enseignement de l'art dentaire, et que tôt ou tard cet enseignement se complètera et trouvera sa formule définitive dans nos hôpitaux. »

De ce que M. Mesureur exprime une idée qui n'est pas la nôtre, qui est contraire aux nôtres, qui paraît condamner nos vingt années d'efforts, faut-il nous lamenter sur des ruines de nos espérances? Si nous avions agi ainsi chaque fois que l'Assistance publique, voire même les Ministres nous opposaient des refus définitifs en apparence, nous aurions renoncé à la tâche et nous n'en serions pas où nous en sommes.

Il nous a fallu cinq années d'efforts pour faire reconnaître l'École d'utilité publique.

Depuis 1887 nous bataillons sur le terrain de l'Assistance publique : et en vingt années nous n'avons pas seulement entendu des phrases qui nous déplaisaient, nous avons subi des échecs plus douloureux que ne peuvent l'être les mots. Le lendemain nous recommencions ; les résultats, vous les connaissez.

Si nous avions maudit ceux qui nous donnaient tort et pleuré sur leurs divergences d'idées, nous en serions encore à attendre la première amélioration.

J'entends bien, il eût été plus agréable d'obtenir tout : le résultat précis que nous demandions et qui, obtenu, réjouit M. Friteau — et en outre de bonnes paroles, que sans doute M. Friteau aurait voulu dicter.

Il faut savoir tirer parti des résultats acquis, sans se heurter aux accessoires ni oublier le fond du débat.

Le directeur de l'Assistance publique a reconnu, dans ce même rapport incriminé, « l'insuffisance » actuelle de l'installation et de l'organisation des services dentaires dans nos hôpitaux, et cet aveu nous est précieux. Il affirme un peu plus loin que « les Écoles dentaires savent très bien que leur effort ne marque qu'une époque transitoire dans l'enseignement de l'Art dentaire et que tôt ou tard cet enseignement se complètera et trouvera sa formule définitive dans nos hôpitaux », et cette affirmation nous est pénible à entendre.

Et quand je dis « nous », je veux dire mes collègues du Conseil et moi — n'en déplaise à M. Friteau. Par un sentiment que tous comprendront, je n'ai pas cru devoir, en annonçant la décision de M. Mesureur, éplucher ses phrases et les lui jeter à la figure. Je sais que sans M. Mesureur nous n'aurions rien obtenu, et je laisse à d'autres le soin de lui manifester leur reconnaissance par des reproches ou des outrages.

Voilà qui explique mon silence dans l'article de *L'Odontologie*. Mais il n'appartenait qu'à M. Friteau de l'interpréter comme il l'a fait : faudra-t-il que j'oppose mes actes à ses paroles, que je fasse

le recueil des discours et des articles dans lesquels depuis 25 ans j'ai préconisé la supériorité de l'enseignement dentaire de nos Écoles sur l'enseignement dentaire inexistant ou irréalisable dans les hôpitaux, faut-il que j'ajoute que j'ai exprimé à M. Mesureur mes regrets de lire cette phrase en son rapport ? Mais qu'il ne m'appartenait pas de modifier ses opinions sur l'avenir des services hospitaliers placés sous sa direction ?

Sur ce premier point je conclus aussi « Dentistes, veillez ! » L'affirmation de M. Mesureur est la même que celle que nous avons entendue lors de la discussion de la loi de 1892 ; lors de la demande de crédits de 1894 pour la création d'un enseignement dentaire à la Faculté de médecine ; la même que nous trouvons dans le rapport de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, en 1898. Oui, il y a une doctrine qui n'est pas la nôtre : celle de l'enseignement officiel des hôpitaux, de l'enseignement officiel de l'État.

Pouvez-vous empêcher ces idées d'exister, ce courant de se manifester ? Non, mais vous pouvez endiguer le courant, atténuer les idées.

Nous l'avons fait, c'est pour cela qu'en face des affirmations maintenues par les étatistes, M. Bastide avait défendu notre École au Parlement en 1894 ; il n'était alors que l'écho de MM. Brisson, Mesureur, Rouvier, Chautemps, défenseurs de l'École à la Commission du Budget. M. Bastide pouvait dire : « Il existe à Paris deux Écoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont en pleine prospérité », et M. Mesureur en 1906 a pu en face des stomatologistes vanter « le merveilleux outillage » de nos Écoles, et devant les résultats de nos efforts, devant notre union, nos adversaires lentement reculaient.

Ceci prouve que ces idées et ces mots qui vous terrifient, Monsieur Friteau, ne sont dangereux que si les odontologistes sont imprudents, maladroits, désunis et inactifs.

Pourquoi ce que nous avons empêché à Paris ne le fut-il pas à Lille et à Nancy ? Et ne savez-vous pas que, si Bordeaux est menacé de voir s'ouvrir une Ecole dentaire officielle, c'est que la division des dentistes, les luttes entre les deux Ecoles ont fourni à l'Etat le prétexte d'ailleurs recherché ?

Dentistes, veillez ! prenez garde à la surenchère, prenez garde à la désunion !

V. — L'attitude et les phrases que M. Friteau attribue a M. Godon.

Passons au second motif des chagrins de M. Friteau, le motif principal (puisqu'il occupe 5 pages sur les 8 pages de son article) « l'article de M. le Directeur de *L'Odontologie* contient des phrases où nos droits les plus sacrés sont méconnus », et, second grief, M. le

Dr Godon en 1904 a voulu mettre les odontologistes sous la tutelle des stomatologistes.

En 1904, s'il faut en croire M. Friteau, j'aurais trahi la cause des odontologistes ; en 1906 j'avoue cette trahison.

Voilà l'acte d'accusation que M. Friteau, nouveau procureur général, dresse avec indignation contre un homme qui depuis 1879 bataille dans les rangs des odontologistes, qui prend part à toutes leurs manifestations, signe toutes leurs revendications, qui dès 1887 proteste avec eux contre la mise hors des hôpitaux des dentistes qui y exerçaient alors, qui contribue à la création de l'Ecole dentaire et des œuvres qui viennent successivement s'y adjoindre, qui avec tous travaille à la rédaction de notre déclaration de principes, etc... qui hier, à la séance de réouverture, indiquait les nouvelles réalisations à accomplir, toutes voulues par les odontologistes !

C'est un homme qui ne fut jamais élève d'une Ecole dentaire, qui ne craint pas de me faire ce reproche, à moi, vieux dentiste !

Votre indignation d'aujourd'hui, Monsieur Friteau, paraît bien tardive !

En 1904, membre du Conseil et du bureau, vous avez silencieusement supporté mes prétendues propositions de trahison, vous ne les avez dénoncées ni au Conseil, ni en assemblée générale. C'eût été votre droit et votre devoir. Il a fallu que vous cessiez d'être membre du Conseil et membre du Corps enseignant ; il a fallu que vous réfléchissiez deux ans pour vous inspirer tout à coup de cette indignation trop mûrie que vous répandez dans votre article.

Pourquoi vous êtes-vous tu en 1904 ?

Parce que en 1904, ni M. Roy, ni M. Sauvez, ni moi, n'avons fait ce que vous dites, parce que, en 1904, la séance du bureau dont vous parlez, n'existe que dans votre imagination.

Je mets au défi M. Friteau de donner la date de cette réunion du bureau. Je le mets au défi de produire un projet signé Godon sur ce sujet.

Et pour éclairer immédiatement nos confrères, je me contente de leur signaler ce double rôle que M. Friteau voudrait faire jouer à M. Sauvez : il aurait soutenu mon projet, et au vote il l'aurait approuvé avec M. Roy et moi. Or, pendant l'année 1904, M. Sauvez ne faisait point partie du bureau, mais seulement du Conseil.

La contradiction est flagrante et il est inutile d'insister.

Mais si cela ne suffit pas, et pour que des confrères n'aillent point penser que je profite pour l'accabler, d'une erreur de M. Friteau, erreur grave puisqu'il prête discours et vote à une personne qui ne pouvait être présente, et qu'il a pu, simple lapsus, écrire « bureau » où il aurait dû écrire « Conseil », j'ajouterai l'extrait du procès-verbal du Conseil du mardi 14 juin 1904, seul procès-verbal dans lequel il ait été parlé de cette question de l'Assistance publique :

« *M. Godon* rend compte de la visite faite à l'Ecole le 20 mai par le directeur de l'Assistance publique et divers membres du Conseil de surveillance. M. Godon ajoute qu'il a demandé à l'issue de cette visite que l'Ecole dentaire de Paris soit considérée comme une annexe de l'Assistance publique pour les traitements dentaires, mais en *conservant son autonomie.*

» *M. Martinier* propose de féliciter M. Godon de faire entrer l'Ecole dans cette voie.

» Après observations de M. Duvivier, les félicitations sont votées, et le vœu formulé par M. Godon ratifié déjà par le bureau est approuvé... »

A la même date du 14 juin, le registre des décisions porte :

N° 1720. — Ratification du vœu formulé au directeur de l'Assistance publique et tendant à ce que l'Ecole dentaire de Paris soit considérée comme une annexe de l'Assistance publique pour les traitements dentaires, mais en conservant son autonomie.

N° 1721. — Félicitations à M. Godon de faire entrer l'Ecole dans cette voie.

Etaient absents de cette séance : *MM. d'Argent, Roy, de Croës, Devoucoux, Guillemin.*

Voilà le document officiel.

Ce qui peut atténuer la responsabilité de M. Friteau, c'est peut-être l'ignorance où il était de nos projets et de notre intervention, je veux dire de celles du bureau et du Conseil pendant les pourparlers engagés sur cette question. Le bureau ou le Conseil décidait de faire des offres à l'Assistance publique, un ou deux membres étaient mandatés pour transmettre ces offres. L'Assistance publique leur répondait par un projet que ces mandataires soumettaient au Conseil, sans pour cela être responsables de ce projet, dont ils n'étaient pas les auteurs, mais simplement les agents de transmission.

Ainsi se fait qu'en une réunion de 1904 où étaient seuls présents MM. Martinier et Friteau, je leur communiquais un projet que j'avais reçu de l'Assistance publique et qui plaçait le traitement des malades qu'elle nous enverrait sous le contrôle d'un des professeurs de notre Ecole, dentiste des hôpitaux : à l'époque MM. Frey, Roy et Sauvez. Bien que ce projet fût en progrès sur le précédent, qui proposait la subordination avant et après le traitement aux chefs de service des hôpitaux, j'ai partagé l'opinion contraire de deux collègues et nous avons décidé de faire un nouvel effort pour obtenir une concession de plus.

La preuve de cet effort est dans le rapport de M. Mesureur (20 octobre 1904) publié dans *L'Odontologie* et dans lequel nous lisons : « Nos malades leur seraient adressés par le directeur ou les chefs de service des hôpitaux pour y recevoir le traitement dentaire complet

que nécessite leur cas, *sous la responsabilité du directeur et des chefs de service de l'Ecole dentaire* » et dont voici les conclusions :

« Les malades seront admis au dispensaire des Ecoles dentaires pour y recevoir le traitement dentaire complet... sur la présentation d'un bon délivré par les dentistes des hôpitaux ou par les différents chefs de service de médecine et de chirurgie. »

« Des membres du personnel enseignant technique et des élèves des dites Ecoles pourront, dans certaines conditions de durée d'enseignement ou de scolarité, être désignés comme assistants dans les services de médecine et de chirurgie pour donner leurs soins aux malades sous la direction de ces chefs de service. »

Ainsi en 1904 déjà nous parvenions à écarter la subordination. Bien mieux, nous obtenions la permission de pénétrer dans les hôpitaux.

Qui donc avait obtenu ces conditions meilleures ? et n'est-il pas évident que s'il y avait eu un projet Godon, comportant la subordination, il n'y aurait pas eu un projet d'Assistance publique, accordant la liberté ?

Il est regrettable d'être obligé de rappeler des documents déjà rendus publics.

M. Friteau ne s'est-il point laissé égarer par la passion ?

Toutes les lettres ou propositions officielles, démarches, etc., faites par moi à propos de cette question, ont toujours été communiquées au Conseil, au bureau ou à leurs représentants qualifiés et conformes à leurs décisions, et de nouveau je mets au défi M. Friteau de produire un seul document officiel qui puisse établir le contraire.

La légende du bureau de 1904 réduite à néant, il nous reste à examiner les deux phrases sur lesquelles M. Friteau achevait d'échafauder son acte d'accusation.

La première phrase est de M. Mesureur, la deuxième, dit M. Friteau, est de M. le directeur de *L'Odontologie*.

La phrase que M. Friteau m'attribue n'a jamais été ni prononcée, ni écrite par moi. Elle dit exactement le contraire de ce que je pense, de ce que j'ai toujours écrit et toujours dit.

Si M. Friteau avait lu ce passage avec les yeux d'un homme non prévenu, il aurait constaté que cette phrase appartient à l'analyse du rapport de M. Mesureur, analyse qui commence par les mots « M. Mesureur proposait dans son rapport... » et se termine par... « elle ne fut pas adoptée ». *Odont.*, p. 341-342.

M. Friteau aurait encore facilement constaté que cette proposition « de collaboration des Ecoles faite dans les conditions de grande prudence et presque de subordination vis-à-vis des services des hôpitaux » n'était pas la proposition faite *par les Ecoles*, mais la proposition faite au Conseil de surveillance de l'Assistance publique par *le directeur de l'Assistance publique*.

Personne n'a fait à l'Assistance publique, au nom de l'Ecole dentaire, une proposition impliquant la subordination à l'égard des dentistes des hôpitaux. Mais il n'était au pouvoir de personne non plus, d'empêcher M. le directeur de l'Assistance publique de proposer un semblant de subordination.

Nous n'avions que la faculté d'accepter ou de refuser le projet admis par l'Assistance publique.

Tout le monde comprendra que de telles confusions seraient inexplicables si elles n'avaient pas leur utilité pour nos adversaires.

L'expression atténuée « presque de subordination » manifestait d'ailleurs très bien la résistance que nous opposions à une réelle subordination. Si nous avions accepté la subordination, comme vous nous le reprochez, avec quelle aisance M. le directeur de l'Assistance publique n'en aurait-il pas tiré argument pour calmer les stomatologistes ?

Et dès lors que vaut la phrase que cette fois vous devez attribuer à M. Mesureur parce que j'ai eu la chance de ne pas la citer dans mon article ? Faut-il recommencer l'explication ? essayer de vous faire comprendre qu'il faut être bien injuste et bien maladroit pour me reprocher ce que dit M. Mesureur ?

Il fallait citer la phrase précédente pour éclairer celle dont vous tirez argument, et nos confrères auraient vu ce que vous ne voulez pas voir.

Voici les deux phrases du rapport :

« L'outillage encore si rudimentaire et si insuffisant de nos consultations dentaires des hôpitaux paraissait justifier, tout au moins momentanément, cette collaboration, et le traitement prothétique ne devait s'adresser qu'aux indigents envoyés aux écoles par les dentistes des hôpitaux, en se conformant aux indications prescrites par les chefs de service. »

« Quoique présentée sous cette forme restreinte et de nature à ne porter aucune atteinte à l'autorité scientifique de nos chefs de services dentaires, les propositions des écoles, qui les mettaient *en quelque sorte* sous la dépendance des services hospitaliers, furent repoussées par le Conseil de surveillance, dans sa séance du 15 décembre 1904. »

Voyez-vous nettement que tout ceci est le projet Mesureur et non le nôtre ? Les mots que nous aurions mis en gros caractères sont ceux que vous dissimulez *en quelque sorte*, qui donnent un caractère dubitatif à la phrase et montrent qu'il s'agit d'une interprétation de M. le directeur de l'Assistance publique.

VI. — Ceux qui veulent la subordination.

Comment expliquerez-vous, — vous qui n'acceptez pas une pres-

que subordination — qu'on écrive sans hésiter dans le *Bulletin du Syndical* dont vous êtes *Rédacteur en chef:* « nous voulons une Ecole d'Etat », c'est-à-dire un enseignement dentaire mis entre les mains de ceux qui aujourd'hui ont seuls aux yeux de l'Etat qualité pour le donner: les docteurs en médecine. Et vous voudriez mettre à la tête de cette Ecole, non pas un homme de la carrière, non pas un odontologiste, mais un homme qui peut être aussi distingué que Paul Bert ou Brouardel et qui dirait comme eux « je puis dire que je ferais un déplorable dentiste ». Cela ne nous amènera-t-il pas à découvrir que, sous le masque de l'intérêt général des odontologistes, vous ne faites qu'une guerre de personnes ?

Connaissez-vous enfin mon opinion touchant la mise en tutelle des odontologistes par les stomatologistes, et, au lieu de bâtir des romans et de m'attribuer les phrases d'autrui, pourquoi n'avez-vous pas cité celle-ci qui est bien mienne et que j'ai quelque droit de souligner :

« Cette fois l'École dentaire de Paris collabore enfin à l'œuvre de l'Assistance publique tout **en conservant son autonomie et sans ingérence administrative, sans la plus légère subordination aux hôpitaux comme dans le projet de 1904.** »

M. Friteau penserait-il par hasard que le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et Messieurs les Stomatologistes qui, en 1904, rejetaient un projet qui, d'après eux, impliquait presque la subordination, aient d'eux-mêmes, généreusement offert à l'École dentaire en 1906, une décision qui supprime nettement toute subordination ?

N'est-ce pas parce qu'il s'est trouvé des odontologistes assez opiniâtres pour continuer la bataille et pour arracher aux adversaires tout ce qu'ils pouvaient ?

Nous avons conquis sur les stomatologistes un coin de leur domaine et nous avons gardé toute notre liberté.

C'est pourquoi je suis accusé de trahison par M. Friteau.

VII. — Mesquinerie et talent.

Faut-il relever deux petites attaques, derniers petits jeux de l'imagination de M. Friteau ?

J'ai parlé des susceptibilités des dentistes des hôpitaux et je n'ai pas parlé des susceptibilités des dentistes. Quel crime ! Le malheur pour M. Friteau est que, comme précédemment M. Mesureur — et non pas moi — parle de ces susceptibilités. Si cela était vrai, ce serait un enfantillage ; c'est une insinuation enfantine ; comment comprendre qu'un esprit, d'ailleurs excellent, puisse s'abaisser à ces mesquineries ?

J'ai parlé du talent et de l'activité des stomatologistes et je n'ai parlé que de l'énergie, de la patience, de la persévérance des odontologistes. M. Friteau s'emploie à préparer une hiérarchie des vertus

et qualités. Il devra reconnaître que les circonstances donnent parfois à des qualités réputées inférieures, une supériorité de fait.

Quant à moi, j'ai fait ce que je devais, et ceux qui ont travaillé avec moi et qui savent très exactement ce que j'ai fait m'ont vengé à l'avance de telles attaques.

Voici, pour éclairer nos confrères, un extrait du procès-verbal de la séance du Conseil du 2 octobre 1906.

« Les propositions de l'Assistance publique sont adoptées à l'unanimité...

» *M. Delair* se félicite du résultat obtenu, est heureux des explications fournies qui permettent de dissiper les craintes de quelques esprits, et propose de voter, comme cela a déjà été fait par le bureau, des félicitations à ceux qui se sont occupés de la question et ont mené à bien cette tâche difficile, dont la réussite leur fait honneur, et en particulier à M. Godon.

» *M. Viau,* tout en appuyant la proposition, fait remarquer que de son côté, il n'a constaté ces craintes chez personne et que tout le monde avait pleine confiance.

» *M. d'Argent* prend la présidence et met aux voix la proposition de M. Delair, qui est adoptée à *l'unanimité.* »

VIII. — Conclusion.

Rien ne subsiste des accusations et insinuations de M. Friteau. Les documents officiels de 1904 et de 1906 constituent une réponse péremptoire, et l'esprit de nos confrères doit être suffisamment éclairé désormais sur cette question ; leur honnête bon sens a déjà pris parti.

Je reprends cependant le mot de M. Friteau « Dentistes, veillez ! » Prenez garde à ceux dont toute l'activité est dans la critique ; à ceux dont tout l'effort se porte à semer la division dans nos rangs ; à ceux qui, pour dissimuler des dangers réels, dénoncent des dangers imaginaires ; à ceux qui ont peur d'une quasi-subordination et adhèrent à un projet d'École dentaire d'État, avec un chirurgien, distingué d'ailleurs, comme directeur.

Notre déclaration de principes reste la même ; nos revendications sont toujours les mêmes ; nos adversaires aussi sont toujours là.

La division nous ferait perdre les résultats acquis ; l'union nous permettra de faire quelques pas de plus pour l'enseignement dentaire, pour la philanthropie, pour l'honneur de notre profession ; nous continuons notre route, odontologistes aujourd'hui, comme nous l'étions hier.

D'autre part, nous avions publié dans notre numéro du 30 décembre 1906 la lettre suivante par laquelle M. J. d'Argent donnait sa démission de membre du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France :

A Monsieur le Président du Syndicat des chirurgiens-dentistes.

Paris, 14 décembre 1906.

« Monsieur le Président et très honoré confrère,

» J'ai l'honneur de vous donner ma démission de membre actif du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

» Depuis le commencement de l'année le Syndicat me paraît s'être détourné de son véritable but, « la défense des intérêts des dentistes », pour se lancer dans une voie qui leur est, au contraire, fort préjudiciable.

» J'ai attendu jusqu'à ce jour qu'une saine réaction lui permette de se ressaisir, mais je vois que c'est en vain.

» En laissant subsister plus longtemps mon nom sur la liste des membres du Syndicat, je paraîtrais m'associer tacitement à la campagne violente et injurieuse dirigée publiquement dans le *Bulletin du Syndicat* contre l'Ecole dentaire de Paris, en critiquant avec véhémence son enseignement et son Conseil de direction, et contre plusieurs de ses serviteurs les plus dévoués, les plus anciens et les plus éminents, alors que je la réprouve avec indignation, ainsi que le font tous ceux qui ont à cœur le maintien de notre dignité professionnelle.

» Pour être respecté par les autres, il faut se respecter soi-même.

» Je constate avec le plus grand regret qu'on s'est beaucoup écarté, au Syndicat, de cette maxime fondamentale.

» C'est pourquoi je m'éloigne de votre Société et je me tiendrai à l'écart aussi longtemps que son Conseil d'administration et le Comité de rédaction de son *Bulletin* se laisseront influencer par une coterie de quelques membres qui semblent leur en imposer par leur attitude bruyante et brouillonne, et qu'ils feraient bien de rejeter de leur sein, s'ils ne veulent enrayer, et peut-être compromettre gravement, la prospérité et le succès dont le Syndicat jouissait, à juste titre, avant sa désorientation actuelle.

» Veuillez agréer, monsieur le Président, mes salutations les plus empressées.

» J. D'ARGENT,

» Vice-Président de l'École dentaire de Paris. »

A la suite de cette lettre, quatorze membres du Syndicat, approuvant les termes de cette lettre et l'acte de M. J. d'Argent, ont également

donné leur démission de membres du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Cette lettre nous a valu l'exploit suivant, qui nous a été remis par ministère d'huissier. Comme nous n'avons pas l'esprit processif de nos correspondants ni les loisirs nécessaires pour épuiser les diverses juridictions, nous préférons publier ce document comme le précédent, en laissant à nos lecteurs le soin d'apprécier.

L'an mil neuf cent sept le treize novembre,

A la requête de Monsieur Ragageot, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, agissant en cette qualité, demeurant à Paris, 118, boulevard Diderot, 118,

Elisant domicile en mon étude,

J'ai, Georges-Louis-Jules Garde, huissier audiencier, près le Tribunal de la Seine, séant à Paris, y demeurant rue de la Chapelle, 27, soussigné, donné assignation à Monsieur Blatter, gérant de la Revue *L'Odontologie*, dont le siège est à Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, demeurant audit siège, où étant et parlant à une femme à son service,

A comparaître le mercredi vingt-sept novembre 1907, à l'audience et par-devant le Tribunal de première instance du département de la Seine, neuvième Chambre, jugeant en police correctionnelle, à Paris, onze heures trente du matin, pour

Attendu que dans le numéro de *L'Odontologie,* portant la date du trente décembre mil neuf cent six, publié et mis en vente à Paris, se trouve insérée, à la page 564, sous la rubrique « Chronique professionnelle » une lettre de Monsieur d'Argent, visant le Syndicat dont Monsieur Ragageot est président, et commençant par ces mots : « J'ai l'honneur de vous donner ma démission », et finissant par ceux-ci : « avant sa désorientation actuelle » ;

Attendu qu'en réponse à cette lettre le requérant ès qualités adressa une lettre à Monsieur Blatter, suivant sommation de mon ministère, en date du vingt-neuf janvier mil neuf cent sept enregistrée ;

Que Monsieur Blatter objecta que cette lettre mettait en cause des tiers, dans des termes inacceptables ;

Que, quelle que fût la futilité du prétexte invoqué par Monsieur Blatter, pour justifier son refus d'insertion, le requérant modifia cette réponse, par exploit de mon ministère, en date du douze février mil neuf cent sept, enregistré ;

Que Monsieur Blatter ne fit pas droit à cette seconde sommation ;

Que, pour ne laisser aucune excuse à la résistance de Monsieur Blatter, le requérant modifia encore cette seconde réponse, en supprimant certaines expressions pouvant porter ombrage à Monsieur Blatter, suivant exploit de mon ministère, en date du treize août mil

neuf cent sept, lequel portait sommation d'avoir à insérer la réponse suivante :

« Intérêts professionnels ; Syndicat des chirurgiens-dentistes de » France, réponse à la lettre de démission de Monsieur d'Argent.

» *L'Odontologie* ayant publié la lettre par laquelle Monsieur » d'Argent donne sa démission de membre du Syndicat des chirur- » giens-dentistes de France, le Conseil d'administration du Syn- » dicat a pensé que la seule réponse à faire était d'indiquer le but et » la raison d'être dudit Syndicat, ses efforts et ses résultats ;

» Le Syndicat des chirurgiens-dentistes a pour but :

» Article 1er des statuts :

» 1° Défendre les intérêts moraux et matériels de la profession ;

» 2° De venir en aide aux sociétaires malheureux, à leur veuve et » à leurs orphelins ;

» Article 4. — Peuvent être membres titulaires, tous les chi- » rurgiens-dentistes et tous les médecins-dentistes français ou étran- » gers, diplômés d'une faculté de médecine française ;

» Pour être admis, ils doivent adresser au président une demande » appuyée par deux membres du Syndicat ; être admis par le Conseil » d'administration, en suite de la prise en considération de leur de- » mande ; acquitter un droit d'entrée de dix francs et une cotisation » annuelle de même somme ; prendre l'engagement de se soumettre » aux présents statuts ; d'observer les règles d'une bonne confrater- » nité, et notamment de s'abstenir de toute réclame mensongère, ou » de nature à nuire à la dignité professionnelle ;

» Le Syndicat, afin de propager ses idées, faire prévaloir son idéal » et diffuser la science dentaire, possède un organe intitulé : *Le Bul-* » *letin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.*

» Ce journal est une véritable brochure, de plus de quatre-vingts » pages, contenant des articles originaux scientifiques, d'intérêts » professionnels, des comptes rendus de sociétés, des analyses de » Revues françaises et étrangères, des fiches bibliographiques, et, » de plus, il publie des traductions de collaborateurs de journaux » étrangers, anglais, allemands, portugais, espagnols, italiens, hol- » landais et russes ;

» Il est envoyé, gratuitement, après en avoir fait la demande, à » tous les dentistes français, et à tous ceux, même à l'étranger, » qui touchent de près ou de loin, à l'art dentaire ;

» Son tirage de trois mille exemplaires, justifiés par des récépissés » de la poste, est le plus fort de tous les journaux dentaires français;

» Cet organe de diffusion de science dentaire sera justement appré- » cié par les auteurs, qui désirent voir leurs travaux dépasser les » frontières d'un groupe ;

» Il deviendra, pour la même raison, pour les fournisseurs pour

» dentistes, un moyen de publicité hors pair, tant par son tirage, par
» son édition luxueuse, que par l'intérêt de ses articles ; aussi, répé-
» terons-nous les mots de M. Chateau, chirurgien-dentiste à Gre-
» noble : « Dentistes, syndiquez-vous ! Syndicats, fédérez-vous ! » et
» nous ajouterons : lisez tous le *Bulletin des chirurgiens-dentistes de*
» *France ;*
» Pour le Conseil d'administration (signé) :
» RAGAGEOT. »

Attendu que M. Blatter n'a pas fait paraître la précédente réponse, dans la Revue dont il est le gérant ;

Qu'il a, ainsi, commis le délit prévu et puni par l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 ;

Qu'il a, en outre, causé au Syndicat des chirurgiens-dentistes de France un préjudice dont le requérant ès qualités entend poursuivre la réparation ;

Par ces motifs,

Déclarer M. Blatter, coupable du délit de refus d'insertion, prévu et puni par l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 ;

Lui faire application de la peine prévue audit article, et, statuant sur les réparations civiles, ordonner l'insertion de la réponse incluse dans la présente assignation, et du jugement à intervenir dans la revue *L'Odontologie*, et dans trois autres journaux au choix du requérant, et aux frais de M. Blatter ;

Condamner M. Blatter, à payer au requérant, ès qualités, un franc à titre de dommages-intérêts, et aux dépens ;

A ce qu'il n'en ignore ;

Dont acte ;

Sous toutes réserves ;

Et, j'ai, au susnommé, étant et parlant comme dit est, laissé la présente copie.

Coût : neuf francs cinq centimes.

. . . .

Et nunc erudimini !

Et maintenant, dentistes, jugez !

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration, M. Delaunay a été nommé démonstrateur honoraire.

*
* *

Le concours de professeur suppléant de chirurgie dentaire est ajourné à février.

*
* *

Le Conseil a décidé l'ouverture de concours pour deux postes de chef de clinique de dentisterie opératoire, pour un poste de chef de clinique de bridges, pour un poste de chef de clinique de chirurgie dentaire, pour un poste de chef de clinique de prothèse.

*
* *

Après concours, M. G. Lemerle a été nommé professeur suppléant de pathologie dentaire ; MM. Masson et Pailliottin ont été nommés professeurs suppléants de dentisterie opératoire.

*
* *

L'assemblée générale annuelle aura lieu le mardi 10 décembre, à 8 heures 1/2 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;
2° Rapport du Secrétaire général ;
3° Rapport du Trésorier ;
4° Election de dix membres du Conseil sortants ;
5° Propositions diverses.

Membres sortants rééligibles :

MM. J. d'Argent, L. Bioux, Blatter, Loriot, Loup, Pélissier, Renhold (Michel), E. Sauvez, Tzanck, G. Villain.

Le vote aura lieu à 10 heures.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre distingué confrère M. Mahé, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé examinateur dans les examens de chirurgien-dentiste.

Nous lui adressons nos félicitations.

Erratum.

N° du 30 octobre (article de M. Monnin), p. 383, 9e ligne haut, lire : *instruire nos élèves à* **notre** *guise* et non *à leur guise* ; p. 384, 12e ligne haut, lire : ***22 février 1893*** au lieu de 22 *février* 1900.

27e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES INJECTIONS DE PARAFFINE DANS LES DÉFORMATIONS NASALES

Par M. PONT,

Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

J'ai l'honneur de vous présenter les moulages de trois malades atteints d'une déformation du nez très accentuée.

Ces trois cas ont été traités par la méthode de Gersuny modifiée. Les bons résultats obtenus, la simplicité et la rapidité de cette méthode m'engagent à vous faire connaître ces trois observations.

En 1903, au Congrès de Madrid, j'ai déjà présenté un cas semblable à ceux d'aujourd'hui.

Permettez-moi de résumer ce que je disais à cette époque :

Gersuny publia en 1900 dans le *Centralblatt für Gynaecologie* et dans la *Semaine Médicale* un article intitulé : Prothèse chirurgicale réalisée au moyen d'injections de vaseline dans les tissus.

Delangre, de Tournai, publia, quelque temps après, un travail identique dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

L'enthousiasme du début fut cependant un peu ralenti par deux cas malheureux compliqués d'embolie pulmonaire, observés par Pfannenstiel, de Breslau et Stalbaz, de Vienne. Mais Eckstein modifia, comme nous le verrons, la

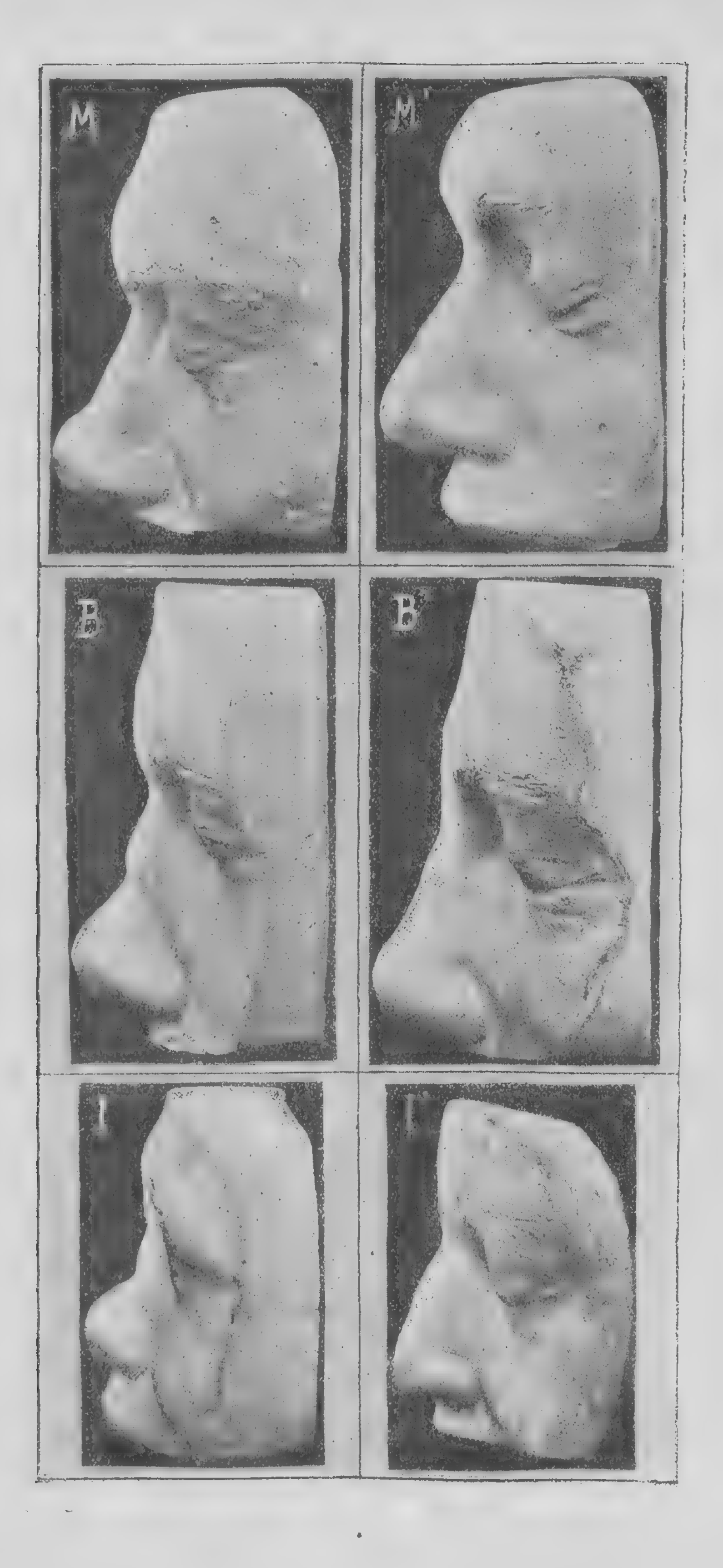
méthode de Gersuny, et de nombreux travaux consécutifs appuyés par les résultats obtenus permirent de mieux juger la question.

Nous citerons rapidement les auteurs suivants : Kapsammer, qui traita par ce procédé trois cas d'incontinence d'urine ; Rohmer, de Nancy et Dianoud, de Vienne, qui se servirent de cette méthode en prothèse oculaire ; enfin Moszkonig, élève de Gersuny, qui publia en 1901 les résultats et la technique de son maître.

Puis parurent les observations de Wolf, Mayer, von Bergman, Witzel Juekuff, Sten, Eckstein, Matzanner, Rust, Brokaert, de Gand. On signale aussi en Angleterre les travaux de Watson, Clark, Léonard Hill. Lake, etc. ; aux Etats-Unis, ceux de Rupert, Parker, Harmond, Smith ; en France, ceux de Jaboulay, Moure, Lermoyez. MM. Choussaud, élève de la Faculté de Bordeaux et Lagarde, de la Faculté de Paris, en firent le sujet de leur thèse.

Nous nous sommes servi beaucoup de cette dernière pour les recherches historiques et l'étude de la question.

Gersuny employait un mélange de paraffine solide et de paraffine liquide ; ce produit, assez analogue à la vaseline, fondait vers 38 ou 40 degrés. Mais la vaseline présente plusieurs inconvénients : elle émigre facilement, car son point de fusion est très bas, et peut occasionner des embolies ; enfin on constate au bout d'un certain temps une certaine résorption de la masse. C'est pourquoi, Eckstein emploie la paraffine pure, faiblement grasse au toucher, et fondant aux environs de 60 degrés. En raison de ce point de fusion élevé, ce corps se solidifie, pour ainsi dire, immédiatement en arrivant dans l'organisme, de sorte que l'on n'a pas à craindre l'embolie ou l'immigration à distance : il s'opère un véritable encastrement de la matière injectée. On constate bien, assez souvent, après l'injection une légère réaction et un peu d'œdème dus à la compression des vaisseaux lymphatiques, mais ces accidents sont passagers et de minime importance. Quant aux autres accidents, tels que brûlure et infection, ils seront facilement évités, si l'on


M
M'
B
B'
I
I'

ne commet pas de fautes opératoires, et si l'on prend toutes les précautions antiseptiques voulues.

Dans ces dernières années, la méthode de Gersuny se perfectionna de nouveau, les injections de vaseline-paraffine liquide ayant présenté quelques inconvénients.

A l'heure actuelle, au moyen des seringues de Brockaert, de Lermoyez, etc., on arrive à injecter directement dans les tissus de la paraffine solide, et de ce chef, la technique est simplifiée et les inconvénients de la méthode primitive de Gersuny, notamment la possibilité d'une embolie, sont entièrement supprimés.

Le manuel opératoire n'est guère plus compliqué que celui d'une simple piqûre de morphine, et ne demande que quelques minutes.

L'anesthésie est inutile car la douleur est insignifiante et il n'y a à craindre aucun danger.

Dans les cas que j'ai traités par cette méthode, je n'ai jamais eu de complication, sauf une légère douleur, une sensation de tension, dans les quelques heures qui ont suivi l'opération.

Quant au résultat esthétique, vous pouvez juger, par les moulages que je vous présente, qu'ils sont tout au moins très satisfaisants.

Je suis donc de plus en plus persuadé, comme je le disais déjà au Congrès de Madrid, que cette méthode nous sera d'un grand secours en beaucoup de circonstances, et que les odontologistes, moins que tous les autres spécialistes, ne doivent l'ignorer ni la négliger.

LES ANGINES A RÉPÉTITION D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. F. Lemaire.

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Influence de la carie infectée de la dent de sagesse et des accidents septiques de son évolution sur les angines à répétition.

Les phénomènes septiques de l'évolution ou de la carie de la dent de sagesse peuvent-ils déterminer des accidents amygdaliens ?

Cette question ne paraît pas encore avoir été étudiée si nous nous en rapportons au résultat de nos recherches bibliographiques.

Plus de deux cents thèses des Facultés de Paris ou de la province, portant sur des sujets de Stomatologie ou d'Odontologie, depuis 1880 jusqu'à nos jours, n'en font pas mention. Les compilations, les ouvrages médicaux les plus récents ne nous donnent aucun renseignement[1].

Nous allons exposer plusieurs cas d'observation personnels, dans lesquels il y a toujours un foyer d'infection primitif au niveau de la dent de sagesse : carie infectée s'ouvrant sur la muqueuse ambiante ou infection du capuchon muqueux.

Au point de vue général, un érythème apparaît au début au niveau de la muqueuse du collet ou du cul-de-sac postérieur ; d'abord stationnaire, il gagne ensuite sous certaines influences le pilier antérieur et l'amygdale palatine où il s'arrête.

Deux formes d'angine ont été observées : 1° la forme érythémateuse avec sensation de gêne à la déglutition ; 2° la forme phlegmoneuse, suite de la première.

---

1. On nous communique, au dernier moment, un travail de Jacquet sur l'angine d'origine dentaire. — Société de l'Internat, 20 avril 1905. — Analysé in *Odontologie*, 30 août 1905. (Cité ici au point de vue de la Bibliographie de cette question.)

Ces angines ne sont l'apanage d'aucune infection spéciale ; c'est toujours le poly-microbisme buccal qui doit être incriminé. Cette évolution nous paraît analogue à celle des stomatites — étude que nous avons ébauchée il y a quelques années. Toutes les muqueuses ne se comportent-elles point de la même façon ?

L'infection se propage par les lymphatiques, probablement par la voie sanguine [1] jusqu'au centre amygdalien de Waldeyer [2]. Elle paraît se localiser de préférence dans l'amygdale palatine.

Le début est brusque, avec sensation de chaleur, de picotements à la gorge. Voix nasonnée. Hypertrophie amygdalienne. Exsudat pultacé. Etendue de l'érythème à la luette, au voile, et à l'amygdale opposée. Plus rarement confinée à l'amygdale correspondante.

Dysphagie et phénomènes généraux marqués dans la forme phlegmoneuse.

Pronostic bénin dans la forme érythémateuse ; à réserver dans la forme phlegmoneuse, en raison de l'affaissement de l'état général et des complications viscérales possibles.

Les mesures prophylactiqnes sont les mêmes que pour les autres angines.

Le diagnostic ne doit être fait qu'après l'examen dentaire.

Le traitement est celui des angines en général. Il consiste en outre en soins dentaires : traitement de la carie infectée ou extraction de la dent de sagesse ; débridement au thermocautère sous la stovaïne dans le cas d'infection du capuchon muqueux. L'état général ne sera pas oublié. L'angine disparaît après l'intervention dentaire et tout rentre dans l'ordre. *Sublata causa, tollitur effectus.*

PREMIÈRE OBSERVATION (1re *partie*).

Mlle A., 26 ans, institutrice de la ville de Paris, nous est envoyée en mai 1903 avec une lettre de son médecin dont nous extrayons ces

1. *Grenet*, art. Angines, in P. M. C.

2. *Pro memoria :* Cercle formé par les amygdales palatines, linguales, tubaires, pharyngée.

lignes : cette personne est à sa neuvième angine depuis un an que je la soigne, et je commence à désespérer. Voyez donc s'il n'y aurait rien du côté de ses dents.

Tempérament arthritique. Pas d'antécédents pathologiques connus personnels ou héréditaires. Voix amygdalienne.

A l'examen de la bouche, on constate, à première vue, une coloration jambonnée des muqueuses au niveau des collets avec du tartre en petite quantité et très dur. Pas d'anomalies dentaires. Une carie simple de la canine supérieure droite.

La dent de sagesse inférieure gauche est atteinte d'une carie du quatrième degré : la face triturante et la table distale ont disparu, cette dernière s'est rompue au-dessous de la muqueuse qui vient faire hernie dans la cavité.

De plus, un érythème très prononcé affecte la muqueuse de la gencive ambiante et gagne l'amygdale gauche en passant par le cul-de-sac postérieur et le pilier antérieur.

Cette amygdale gauche est hyperhémiée, augmentée de volume, recouverte d'un enduit pultacé assez étendu. La luette, le voile du palais, l'amygdale droite sont également tuméfiés. Dysphagie. La bouche dégage l'odeur sui generis de la carie dentaire infectée.

L'état général n'est pas trop mauvais : inappétence, courbature, température axillaire 38° centigrades.

Le diagnostic est simple : une amygdalite catarrhale en passe de devenir phlegmoneuse, greffée sur une carie infectée de la dent de sagesse. De plus gingivite tartrique légère.

Soins préliminaires. — Puis, comme la région sous-maxillaire commence à devenir douloureuse au toucher, l'extraction de la dent de sagesse est décidée.

Opération.

Soins consécutifs pendant quelques jours.

L'état de la malade permet bientôt de mettre la bouche en état : nettoyage et traitement de la muqueuse gingivale. Aurification de la canine : ces derniers soins furent donnés dix-sept jours après l'intervention et bien supportés.

Nous apprenons dans la suite par le médecin habituel que Mlle A est parfaitement guérie.

(2e *partie*). — La même personne revient nous voir en juillet 1905. Les angines l'ont reprise : elle en est à la seconde.

Mêmes symptômes du côté de la muqueuse correspondant à la troisième grosse molaire supérieure droite ; érythème étendu à l'amygdale droite.

La dent de sagesse est atteinte d'une carie infectée qui a détruit une partie de la face triturante.

Œdème de la joue. Trismus léger.

En présence de ces faits et vu la possibilité de conserver cette dent, un traitement palliatif est prescrit immédiatement : compresses chaudes, bains de pieds sinapisés, bains de bouche avec une solution d'eau oxygénée. Puis traitement de la carie, lavages, curettage, pas de pansement dentaire.

Enfin les phénomènes inflammatoires s'atténuant, sondages des canaux, mèches iodoformées et pansements dentaires. Pour terminer : obturation au ciment et à l'amalgame d'argent.

Mlle A., revue cinq mois plus tard, n'avait plus souffert de la gorge. La bouche n'offrait plus rien d'anormal à l'examen.

Seconde observation.

Mme B., 30 ans, chanteuse à l'Opéra-Comique, vient nous trouver au commencement de l'année 1907 avec une fluxion légère de la joue droite.

La voix est normale.

L'examen de la bouche permet de découvrir une carie infectée de la dent de sagesse inférieure droite dont la face linguale a disparu.

L'érythème s'étend du pourtour de la dent à l'amygdale palatine. Hypertrophie légère. On ne constate pas d'enduit pultacé. Un peu de gêne à la déglutition.

L'interrogatoire nous apprend que cette dame a dû quitter le théâtre depuis six mois pour soigner sa gorge. Il s'agit d'angines qu'elle attrape, dit-elle, au moindre refroidissement : c'est la quatrième en ce moment. Quant à la dent de sagesse incriminée, elle n'en a jamais souffert.

L'examen général de la bouche n'apprend plus rien de particulier.

Tempérament nerveux. Pas d'antécédents pathologiques personnels ou héréditaires.

Nous posons le diagnostic : angines à répétition provoquées par une carie infectée de la dent de sagesse.

L'extraction est remise à huitaine en raison d'un état cataménial toujours douloureux. Traitement palliatif en attendant et qui consiste en outre à préparer le champ opératoire. On y adjoint un collutoire au borate de soude.

Dans la suite on constate l'amélioration de l'état local. L'érythème disparaît.

Extraction sous la stovaïne. Soins consécutifs. Guérison.

Les angines ne sont plus revenues.

Troisième observation.

M. C. occupe à la Bourse un emploi qui l'expose à toutes les intempéries et dans lequel il doit parler beaucoup, crier même.

40 ans, arthritique, bien portant, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires.

Il se plaint d'une douleur sourde au fond de la bouche, à gauche et en bas.

C'est une dent de sagesse cariée au quatrième degré, avec disparition de la table distale et d'une partie de la face triturante.

Erythème étendu de la dent de sagesse à l'amygdale palatine gauche. Hypertrophie et dysphagie légère. Enduit pultacé.

Interrogé sur l'état de sa gorge le malade nous apprend qu'il a des amygdalites depuis quelques mois. Elles le prennent brusquement, et l'obligent parfois de s'aliter. Il les attribue à sa profession.

Le diagnostic est toujours le même : angine d'origine dentaire.

L'intervention a consisté en soins préliminaires. Extraction sous la stovaïne, soins consécutifs.

Ce malade fut opéré en février 1907. Nous l'avons revu en octobre, il était complètement guéri de ses angines.

Quatrième observation.

Il s'agit d'un malade en cours de soins à l'Ecole. C'est un homme d'une trentaine d'années environ, marchand des quatre saisons, qui s'est présenté à notre clinique du mercredi (27 novembre).

Nous avons constaté une carie infectée de la dent de sagesse inférieure droite avec disparition partielle de la paroi distale.

Un érythème part de la muqueuse environnante et va s'arrêter à l'amygdale palatine droite. Cet érythème est parfaitement délimité.

Voilà vingt-quatre heures que j'ai mal à la gorge, nous dit cet homme, « ça me cuit » et « ça me fait mal pour avaler ». — « J'ai quelques fois mal à la gorge. »

Nous avons chargé un élève de suivre ce malade. Les soins nécessaires lui seront donnés sous notre contrôle. Une observation sera dressée et tenue à jour.

Voici maintenant une observation concernant l'influence des accidents septiques de l'évolution de la dent de sagesse sur la production de l'angine.

Cinquième observation.

Une jeune femme de vingt-quatre ans qui cultive le chant en amateur nous fait appeler sur le conseil de sa doctoresse pour une fluxion.

Tempérament nerveux. Pas d'antécédents pathologiques personsonnels ou héréditaires.

Il s'agit cette fois de l'inflammation du capuchon muqueux qui recouvre en partie la troisième grosse molaire inférieure droite ;

l'érythème a atteint les deux amygdales palatines, la luette et la base du voile du palais.

Hypertrophie de l'amygdale droite très prononcée.

Enduit pultacé. Dysphagie.

Etat fibrile. Température axillaire 38°5. Courbature générale et céphalalgie. Inappétence. Urines normales.

Nous sommes en présence d'une angine phlegmoneuse en cours, avec localisation sur l'amygdale droite.

Le lendemain un œdème a gagné la luette et le voile du palais ; douleur très vive au toucher et à la déglutition. Adénite sous-maxillaire peu prononcée.

Un traitement énergique est aussitôt institué de concert avec le médecin traitant.

Un vomitif (Ipéca pulvérisé 1 gr. 50 en trois paquets à prendre à vingt minutes d'intervalle) fit le plus grand bien à la malade.

Dix minutes après l'ingurgitation du second paquet les vomissements survenaient et l'abcès s'ouvrait sous les efforts qu'ils suscitaient.

Au bout de quinze jours de soins nous avons pu refaire un examen de la bouche.

Disparition de l'œdème et de la dysphagie. Disparition de l'adénopathie sous-maxillaire. L'amygdale droite a beaucoup diminué de volume. Toutes fois l'érythème persiste. De grands lavages buccaux avec une solution d'eau oxygénée sont faits plusieurs fois par jour. La même solution est employée en vaporisations sur le fond de la bouche, la malade tenant la tête penchée en avant.

Le soin de l'état général avait été confié au médecin traitant.

Enfin on débride le capuchon muqueux au thermo-cautère sous la stovaïne.

Traitement consécutif. Guérison.

Cette malade avait eu trois angines en l'espace d'un an, deux à forme érythémateuse et une à forme phlegmoneuse. Opérée en octobre 1907 notre patiente ne se ressent plus de rien à présent. La bouche, examinée, a permis de constater que la dent de sagesse était complètement libérée et ne présentait aucune carie. L'émail de cette dent ne paraissait pas avoir souffert de l'emploi du thermo-cautère.

Conclusions.

La littérature médicale ne nous a fourni aucun renseignement sur l'angine d'origine dentaire. Est-ce à dire que nous avons à faire à une rareté pathologique ?

Non. Le médecin appelé pour une angine s'occupe avant tout de rechercher sa nature par les moyens d'investigation

dont il dispose. Ce qu'il ne fait presque jamais c'est l'examen dentaire de son malade, c'est le diagnostic de la carie dentaire. C'est la raison pour laquelle on ne paraît pas encore s'être occupé de cette question. Que le praticien y pense, et les observations ne manqueront pas.

Il résulte des faits exposés dans les observations précédentes que la dent de sagesse, au cours de son évolution ou à la phase ultime de sa carie, est susceptible de déterminer des phénomènes inflammatoires à distance.

Dans les quatre premiers cas cités, il y a toujours concomitance de l'amygdalite et de la carie infectée.

Cette amygdalite est érythémateuse ou phlegmoneuse avec phénomènes généraux.

Les phénomènes amygdaliens disparaissent avec les accidents septiques de l'évolution et de la carie de la dent de sagesse.

Il faut remarquer que ces accidents ont été notés sur des sujets qui parlent beaucoup (instituteur, chanteur, crieur). Chez eux la température buccale est instable; elle est sujette à des descentes brusques au-dessous de la moyenne : 37° centigrades : température physiologique normale de cette cavité.

On peut donc faire jouer un rôle à l'action du froid dans la provocation de ces phénomènes morbides ; les phénomènes physiologiques de la cellule se ralentissent, la phagocytose s'atténue ou s'arrête ; l'infection se propage jusqu'au cercle amygdalien de Waldeyer où la lutte reprend dans la profondeur des tissus, déterminant des phénomènes phlegmoneux : signes de la défense de l'organisme contre l'invasion.

REVUE DE L'ÉTRANGER

NOUVEAU PROCÉDÉ DE CONFECTION DES INLAYS D'OR

Par W. R. TAGGART, de Chicago.

Avant d'exposer ma méthode spéciale pour le travail des inlays, je tiens à faire quelques remarques sur quelques-uns des principes qui s'appliquent à tous les inlays d'or ou de porcelaine.

Il est hors de doute pour moi que le principe de l'inlay pour obturer les dents persistera principalement, parce que c'est le meilleur procédé pour sauver la dent. Quand je dis *meilleur*, je sais que je marche sur le terrain sacré de ceux qui croient uniquement à l'aurification en feuilles et qui montrent un certain nombre d'aurifications de ce genre ayant duré cinquante ans ; mais ils oublient de mentionner les milliers d'obturations tout aussi parfaites qui n'ont pas duré trois ans, non pas, parce qu'elles n'étaient pas bonnes mécaniquement, mais parce que la structure de la dent sur laquelle elles étaient faites était mauvaise.

Deux matières comme l'or et la substance de la dent ne peuvent pas venir en contact réel ; par conséquent, on peut toujours craindre les effets de la capillarité ; mais dans le cas de l'obturation à longue durée peu importe cette attraction, parce que la structure de la dent est bonne ; dans celle à courte durée la structure est défectueuse et de plus le voisinage est mauvais, de sorte que l'attraction capillaire se produit et entraîne de mauvais résultats. Quand un inlay est placé dans une dent à structure défectueuse, il n'y a pas de capillarité, de sorte que la cause mécanique du vide n'existe pas et la structure de la dent, malgré son voisinage, résiste à la carie. J'ai vu des inlays tomber, et j'en ai vu également de très mauvais, mais je n'ai jamais rencontré un insuccès dans l'inlay à cause d'une carie récidivante.

Rien à dire de la préparation de la cavité, sauf ceci : si une cavité convient pour un inlay d'or, ne pas employer d'instrument en acier pour la préparer ; des pierres de carborundum de dimensions et de formes convenables sont bien préférables. L'inlay est placé dans des cavités à bords mêmes en biseau et il n'y a pas d'instrument en acier qui puisse supporter la comparaison avec le carborundum pour tailler ces bords. On ne trouve pas de disques de carborundum convenables, de sorte que je recherche des disques montés et taillés pour cet usage et je recherche une lime propre à façonner ces points pour les limer en me servant du tour. Puisqu'on peut opérer aussi sans douleur en se servant de ces pierres, pourquoi employer un instrument d'acier ? La

différence de commodité qu'éprouve le patient est très considérable.

Il y a un an environ, M. Poundstone, de l'Ecole dentaire de l'Université du Nord-Ouest, fit une communication sur les ciments et, par une série d'expériences, montra que le ciment prenait tout l'espace occupé par le platine de 1/4 de mm. employé comme matrice, et par suite, il ne servait à rien d'avoir une matrice plus mince, car le ciment devait occuper ce 1/4 de mm. que la matrice fût plus mince ou non. Quelques-uns de mes inlays étaient bien plus loin que cela des bords et d'autres beaucoup moins, de sorte que j'ai immédiatement combattu son idée et j'ai depuis fourni l'explication que je crois juste dans mon ouvrage sur les inlays. C'est la suivante :

Les grains de ciment s'entassent les uns sur les autres comme des grains de sable ; quand une pression directe se fait sentir sur ces grains, ceux qui peuvent y échapper le font, mais les autres restent les uns sur les autres, et plus la pression est forte, moins ils sont aptes à prendre une nouvelle position.

Prenez, par exemple, le procédé des mouleurs dans une fonderie. Ils forment un tas de sable irrégulier et mettent au sommet un vase à mouler; mais, au lieu d'exercer une pression dessus, ce qui ne le ferait qu'enfoncer un peu, ils lui impriment un mouvement de frottement de façon à séparer les grains de sable les uns des autres, et ainsi ils parviennent à l'asseoir.

Le briquetier ne met pas son mortier dessous, la brique dessus et n'exerce pas la pression directement dessus ; il frappe d'un côté et de l'autre pour que les grains de sable roulent l'un sur l'autre.

Appliquons ce principe à la pose des inlays. Beaucoup ont l'habitude, dès que l'inlay est à peu près en place, d'exercer dessus une pression directe avec un instrument ou avec une pointe de bois et, ce faisant, de placer les grains de ciment de façon qu'ils ne puissent pas rouler l'un sur l'autre, mais soient sur le sommet l'un de l'autre, et ne laissent pas l'inlay se fixer, ce qui, suivant moi, est la cause d'une ligne de ciment exagérée entre l'inlay et la cavité dans ce qui serait autrement un inlay s'adaptant exactement. Or, dans l'inlay d'or il faut éviter cela en employant un maillet et un bâtonnet de bois dur et aller en avant et en arrière en travers des coins, revenir au centre et s'en éloigner en continuant pendant quelques secondes.

S'il s'agit d'un inlay de porcelaine plus petit, le presser à peu près jusqu'à son siège, puis prendre un morceau de ruban de toile, de 30 centimètres de long et plus large que l'inlay et le tirer de toute sa longueur contre l'inlay ; cela enlève tout l'excès de ciment et place l'inlay aussi bien que la pression.

Prendre alors un ruban très étroit, de 1 mm. 50 de large, et s'en servir comme d'une bande à polir en allant d'une extrémité de l'inlay à l'autre, comme pour polir un inlay d'or. Quiconque n'a pas employé

ce procédé sera surpris de l'excès de ciment qu'il fait sortir, parce que les grains de ciment peuvent rouler l'un sur l'autre.

La désagrégation de la ligne de ciment n'est pas un élément sérieux contre la durée de l'inlay, car la profondeur à laquelle elle s'opère n'est égale qu'à la largeur de la ligne ; en conséquence elle ne laisse aucun point vulnérable exposé, et aucun vide ne peut se produire sous l'inlay, car l'attraction capillaire a cessé. Mais dans une bonne obturation en feuille cette quantité de bord défectueux serait fatale.

Ma nouvelle méthode.

Le titre de ma communication devrait être plus complet : il devrait comprendre le bridge et la plaque d'or, car je pense que cette méthode est celle de l'avenir pour les plaques partielles et les inlays; il devrait contenir également une indication sur le temps passé, car c'est là un des plus grands points. Avec ce procédé je peux faire les inlays d'or les plus compliqués en 30 à 40 minutes, au lieu de mettre 3 à 4 heures. Aucun des inlays que je vous présente ce soir n'a demandé plus de 35 minutes. Ce temps ne comprend naturellement pas la préparation de la cavité ou le cimentage en place, qui est le même pour cet inlay que pour tout autre ; ces 35 minutes représentent le temps réellement passé à confectionner l'inlay.

Après préparation de la cavité on filtre un morceau de cire spéciale plusieurs fois à l'aide de papier à filtrer pour enlever tout corps étranger, on le chauffe et on le presse soigneusement dans la cavité avec les doigts, et l'on fait mordre le patient dans ce morceau dans tous les sens, comme dans la mastication. On obtient ainsi une empreinte des cuspides opposés dans la cire. On enlève alors la cire de la cavité juste assez pour la déplacer et voir qu'elle n'adhère pas à la cavité. Refroidir alors légèrement avec de l'eau et l'excès de cire est enlevé. Pendant cette phase de la préparation maintenir à une température où elle soit aisément maniable.

En d'autres termes donner à un inlay de cire la forme exacte qu'on désire pour l'inlay d'or. Le fait de donner de l'apparence à la cire à cette phase économisera du temps à la fin, parce que la cire se sculpte plus aisément que l'or, et en sculptant avec des instruments lubrifiés avec de la vaseline parfumée on devient rapidement habile à faire des inlays de cire. Si la cavité est située de telle manière qu'il n'y ait pas de dent voisine pour aider à maintenir la cire en place pendant qu'on la sculpte, toute la masse de cire peut être refroidie et soigneusement enlevée de la cavité, puis, en la maintenant complètement froide avec l'eau, on peut la sculpter et la remettre dans la cavité un certain nombre de fois, en la sculptant hors de la bouche, et l'ajustage final des bords est très aisé.

On a maintenant un parfait inlay de cire ne contenant pas de

matière étrangère. On insère dans cet inlay un fil métallique en le chauffant assez pour le fondre dans la cire. L'inlay de cire avec cette tige est alors fixé au couvercle du moufle, puis il est complètement entouré d'une matière de revêtement et, quand celle ci a durci, le couvercle est ôté du moufle et la tige de métal vient avec, de sorte qu'il reste alors un creuset avec un trou conduisant à l'inlay de cire. On passe le moufle à la flamme et l'on chauffe lentement ; la cire est absorbée dans la matière de revêtement et laisse un moule qui a exactement la forme de l'inlay de cire. Pas de séparation du moufle pour dégager le modèle comme on le fait dans tout autre procédé de moulage.

On met le moufle dans la machine à mouler qui porte un chalumeau à protoxyde d'azote pour fondre l'or et un récipient à air comprimé pour chasser l'or liquide dans le moufle avec une pression de 25 à 40 livres par 25 mm.q. La flamme de protoxyde d'azote est presque nécessaire, car c'est la seule pouvant assez liquéfier l'or pour le mouler et permettant de le refroidir sans retrait.

Quand la flamme a chauffé l'or bien au delà du point de fusion, on abaisse rapidement le levier, la flamme s'éteint automatiquement et l'air est de même lancé à la surface de l'or en fusion, qui, bien entendu, doit entrer dans le moule sous une forte pression. Quelquefois des fentes se forment dans la matière de revêtement et l'or a été refoulé dans ces fissures minuscules en feuilles minces comme une feuille de papier.

Le temps réel nécessaire pour introduire le métal fondu dans le moule hermétiquement clos sous cette forte pression n'est qu'une fraction de seconde, mais le succès de l'opération dépend de cette brièveté.

Au moment où le métal est fondu et versé dans le moule, il est assez refroidi pour être épais et n'est pas un liquide clair pour un beau moulage. Dans ce procédé chaque fraction de seconde a son utilité et avec cette forte pression au sommet, sans possibilité pour l'air ou l'or de s'échapper, l'or liquide est refoulé. Par *liquide* j'entends l'or en ébullition, un grand nombre de degrés au-dessus du point de fusion. Quand il est dans cet état, la pression est maintenue quelques instants pour permettre à l'or de se solidifier complètement et cette pression continue empêche l'or de se contracter, ou bien le degré d'expansion dans le moule chaud est égal à ce degré; dans tous les cas l'obturation s'adapte.

On a dit qu'avec ces métaux plus purs et à titre élevé il y a moins d'expansion et de contraction qu'avec des métaux à bas titre; cela est vrai dans une certaine mesure, mais il doit y avoir une autre raison, car on sait que le coefficient d'expansion et de contraction diffère pour chaque métal, et cependant l'or, l'argent, le cuivre jaune, le laiton s'adaptent tous parfaitement à la cavité.

La théorie est la suivante : les molécules fondues de métal sont introduites par force dans le moule et y sont maintenues ; par conséquent elles ne peuvent s'arranger comme s'il n'y avait pas de pression.

En résumé ce procédé exige du soin ; en suivant strictement ces indications et en n'obéissant pas à ses propres inspirations, un praticien d'une habileté moyenne pourra apprendre en une demi-heure à faire des inlays d'or infiniment meilleurs à tous égards que ne les ferait le praticien le plus habile par tout autre procédé connu et aussi parfaits qu'il aura pu les rêver.

(*Dent. Cosmos*, novembre 1907, p. 1117.)

REVUE ANALYTIQUE

Sur l'état actuel du traitement du 4e degré. — Les déformations des maxillaires sous l'influence du biberon. — Bactériologie du noma.

Sur l'état actuel du traitement du 4e degré.

L'auteur a fait de longues recherches sur l'anatomie des racines afin de pouvoir arriver à un traitement rationnel, car longtemps les deux méthodes établies, c'est-à-dire la plus ancienne, la méthode de l'extirpation et la plus nouvelle la méthode de l'amputation se sont disputé le rang et on a vu naître deux partis exclusivistes. Chacune de ces méthodes a ses limites. L'auteur est arrivé à déterminer ces limites par ses recherches. Il examina 600 dents. Chacune des dents des jeunes sujets et des adultes dont les canaux radiculaires étaient plus ou moins calcifiés passa par différents bains antiseptiques après macération de la pulpe ou de ses débris. On l'injecta ensuite d'une solution d'acétone-celluloïde qui durcit. Il arriva aux résultats suivants : La pulpe des incisives supérieures et des canines supérieures n'est pas ramifiée. L'incisive inférieure présente une division du canal en proportion de 5 o/o.

Les prémolaires inférieures présentent des ramifications très simples dans la proportion de 35 o/o. Les prémolaires supérieures sont plus intéressantes, la seconde en proportion de 40 o/o et la première de 50 o/o, celle-ci *lorsqu'elle a deux racines présente des ramifications très fines* des deux filets radiculaires, ce qui explique la grande difficulté dans le traitement des canaux radiculaires.

La première et la deuxième molaires présentent des ramifications dans la proportion de 80 o/o. Les trois grosses molaires inférieures 58 o/o et les trois grosses molaires supérieures 94 o/o.

Il est caractéristique que les dents des jeunes sujets jusqu'à l'âge de vingt ans ne présentent que des ramifications, la différenciation du cavum pulpaire gagne en étendue avec l'âge.

D'où il résulte une indication pour le traitement des racines. On fera l'extirpation de la pulpe chez tous les jeunes sujets, à toutes les incisives canines supérieures et prémolaires inférieures, et on aura du succès avec l'amputation dans le traitement des racines des molaires et premières prémolaires supérieures. L'auteur recouvre la pulpe amputée d'une pâte au tricrésol.

Tricrésol	3,0
Formol (Hoechs)	1,0
Oxyde de zinc	4,0
Acide bor	4,0
Eugénol	2,0

Glyc. q. s. pour pâte molle.

Sur la pâte on met une couche assez épaisse de rondelles d'amiante flambé que l'on recouvre de Fletscher et on finit ensuite l'obturation permanente. Il est très rare que cette pâte produise une irritation périapicale et la membrane périradiculaire semble être une ligne de démarcation pour l'effet du tricrésol.

Quand il s'agit d'un 4e degré avec ou sans retentissement du voisinage, le tricrésol-formaline rend des services remarquables *surtout lorsque l'on y joint le traitement mécanique.* L'auteur croit que le succès ne peut pas être de très longue durée lorsqu'on laisse des débris nécrosés dans le canal radiculaire.

L'auteur recommande le traitement à l'eugénol de Miller et Henze, conservation de la pulpe hyperémiée légèrement et présentant quelques légers symptômes de pulpites avec légères douleurs passagères. Quoique l'on ne connaisse pas encore l'effet de l'eugénol sur la cellule, il est un fait certain que cette huile éthérée ne trouble pas la fonction du tissu et favorise la guérison de l'inflammation. A la première séance introduire une boulette imbibée d'eugénol que l'on laisse pendant huit jours dans la dent fermée provisoirement, si la pulpe n'a pas réagi fermer la dent avec un coiffage de Fletscher — thymol-eugénol.

(GUIDO FISCHER (Greifswald). *Deutche Zahnarztliche Wochenchrift*, 27 juillet 1907.)

B. S.

Les déformations du maxillaire sous l'influence du biberon.

Dans le *Brit. Méd. Journal*, Tom Pedley fait une communication sur ce sujet.

L'enfant nourri au sein n'a pas besoin de faire d'efforts pour téter, le lait est pour ainsi dire pressé dans la bouche de l'enfant, tandis que pour absorber le lait du biberon l'enfant est forcé de faire des mouvements exagérés ; il y a une fatigue des muscles, la pression atmosphérique est exagérée dans la bouche, et le maxillaire supérieur est influencé dans son développement, il prend la forme en ogive et il en résulte la suppression de la respiration nasale. Plus tard l'emploi de la tétine exagère encore ces malformations. L'auteur fait passer en revue les photographies de plusieurs enfants européens et indiens. Ces derniers présentent les mêmes malformations depuis qu'ils se servent du biberon introduit par les européens.

(*Münch. méd. Woch.*, 1907, nº 1.)

Bactériologie du noma.

Dans un cas de noma M. Hellesen a découvert un diplocoque, on en a fait des cultures et ils produisirent de la nécrose sur l'animal qui servit à l'expérience et où on a pu retrouver le diplocoque ; on put reproduire la maladie sur quatre générations. Dans ce cas l'agent provocateur de la maladie fut le diplocoque en question.

(*Münch. méd. Woch.*, 1907, nº 5.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 novembre 1907.

La séance est ouverte à 9 heures sous la présidence de M. Touchard, président.

I. — LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

M. le président. — Je donne la parole à M. le secrétaire général pour la lecture de la correspondance.

Il est donné connaissance d'une lettre de M. Frey qui, retenu auprès d'un parent malade, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

II. — DISCOURS DE M. TOUVET-FANTON, PRÉSIDENT SORTANT.

M. Touvet-Fanton dit que ce n'est pas un discours qu'il a l'intention de prononcer; il tient seulement à remercier la Société de sa collaboration scientifique qui lui a permis de mener son mandat à bonne fin; la grande préoccupation du président est, en effet, de voir la session féconde en communications intéressantes; or le rapport du secrétaire général montre que la réalité a été à la hauteur des espérances. Cependant le nouveau président n'a pas à craindre que toutes les énergies de la Société aient été absorbées par la session précédente, car il y a à la Société d'Odontologie des énergies tenaces, des énergies qui se renouvellent sans cesse.

Si le devoir du secrétaire général est de dresser le bilan du travail scientifique de l'année écoulée, le rôle du président sortant est d'en fournir une sorte de bilan psychologique. M. Touvet-Fanton rappelle qu'au début de sa présidence il s'était considéré un peu comme le pilote des travaux de la Société, et qu'il a fait appel à l'union de tous ses confrères sur le terrain scientifique, à quelque société qu'ils appartinssent, quelle que fût aussi la bannière des idées politiques professionnelles qu'ils reconnussent. Cet appel a été entendu, et M. Touvet-Fanton remercie les différentes Sociétés qui ont apporté leur collaboration non seulement par leur présence, mais aussi par des communications et des démonstrations pratiques; c'est, pour la Société, un grand honneur auquel personne ne saurait rester insensible, en même temps qu'une preuve de solidarité professionnelle qui affirme l'heureuse tendance des chirurgiens-dentistes vers l'union, tendance qui constitue un espoir vers la puissance. M. Touvet-Fanton

remercie les membres de la Société d'avoir bien voulu oublier les questions qui n'avaient rien à faire avec les questions scientifiques, pour se rencontrer sur le terrain du travail et de l'évolution de la science professionnelle. Il souligne l'importance de la dernière session où l'on a mis en vedette les questions de l'orientation professionnelle et des réformes de l'enseignement. Bien qu'il ne se soit pas agi, en l'espèce de technique pure, ces questions se sont parfaitement trouvées à leur place, car l'orientation professionnelle et les réformes à introduire dans l'enseignement dentaire sont, en quelque sorte, la résultante de toutes les questions scientifiques professionnelles ; par conséquent prenant naissance au sein de la Société d'Odontologie, qui travaille pour l'élévation de cette science dans ses détails, elles éclosaient parfaitement dans le terrain qui convenait. Il ajoute qu'il faut laisser ces questions de réformes et d'orientation vers un doctorat, suivre leur destinée dans un autre milieu : il faut laisser germer la graine des idées.

En terminant M. Touvet-Fanton félicite la Société de l'heureux choix qu'elle a fait en élisant à la présidence M. Touchard, auquel il rend hommage.

III. — Discours de M. Touchard, président.

Mes chers confrères,

Laissez-moi tout d'abord vous remercier de m'avoir élevé spontanément par vos suffrages librement exprimés au poste envié de président de la Société d'Odontologie de Paris. C'est un grand honneur pour moi dont je sens tout le prix et qui sera le plus beau souvenir de ma vie professionnelle.

Ma joie eut été sans mélange s'il n'avait plu à certains esprits chagrins, contrairement à l'usage établi dans toutes les Sociétés scientifiques, de réclamer, lors de cette élection, la discussion des candidatures et si une transparente allusion n'eut été faite, dans une récente assemblée, aux titres que je pouvais avoir à vos yeux, pour être choisi afin de présider à vos débats. Ces esprits me mettent ainsi dans la pénible nécessité de revenir sur mon passé et, quelque désagréable qu'il soit de parler de soi et quelque manque de modestie dont on témoigne en le faisant, ils m'obligent à prononcer après la lettre, un plaidoyer *pro domo mea* et à faire, en quelque sorte, mon propre panégyrique. C'est à eux de vous demander de m'en excuser.

Quelque temps après mon retour d'Angleterre où j'étais allé remplir une mission, j'avais exprimé le désir de faire à la clinique du dispensaire des expériences sur le protoxyde d'azote combiné avec l'oxygène dans l'anesthésie, méthode que j'avais vu appliquer à Londres avec succès. Cette autorisation me fut refusée. Je me trouvai donc dans l'obligation de diriger mon activité d'un autre côté. Mais

il ne me semble pas que j'ai démérité en présentant à la *Gazette des Hôpitaux* un travail sur la maladie de Fauchard et son traitement, à l'occasion duquel le regretté Paul Dubois m'adressa par écrit des félicitations, en m'exprimant ses regrets de n'avoir pas la liberté de l'insérer dans *L'Odontologie*.

Il ne me semble que j'ai démérité en apportant au *Bulletin de Thérapeutique* un mémoire sur l'eau oxygénée, qui a été couronné par l'Académie de médecine en 1899.

J'estime que l'honneur que m'a fait ce corps savant en m accordant un prix pour avoir mis en lumière les avantages de l'emploi de cet agent, qui s'est répandu de telle manière que sa consommation s'est trouvée monter de 3.000 litres à 200.000 ainsi que le constatait notre collègue Grimbert dans un rapport qu'il adressait dernièrement à l'Académie. Cet honneur, messieurs, a rejailli sur l'Ecole, au corps enseignant de laquelle je n'ai cessé d'appartenir depuis 1891.

En agissant ainsi, je crois encore avoir travaillé pour l'école à laquelle je suis toujours resté profondément attaché, et on ne saurait dire que j'ai déserté son drapeau parce que j'ai apporté dans d'autres milieux le fruit de mes travaux. Ce cas, d'ailleurs, n'est pas isolé dans l'histoire de notre groupement : qu'il me suffise de vous rappeler l'exemple de notre distingué confrère Choquet, qui devait présenter à l'Académie des sciences le résultat de ses patientes et savantes recherches.

A ces causes, d'origine purement scientifique, s'en joignent d'autres ayant un caractère de politique professionnelle qui contribuèrent à me tenir écarté de toute collaboration, sauf à l'enseignement, à l'œuvre de notre groupement. Ceux qui connaissent les événements survenus dans notre profession au cours des quinze dernières années n'ignorent pas ces causes ; mais il me paraît nécessaire de les indiquer aux nouveaux venus.

Lors de l'élaboration de la loi de 1892, sur laquelle on lance d'un peu partout l'anathème, nous eûmes l'honneur d'être désigné par nos confrères pour faire partie de la Commission de réglementation et agir auprès des rapporteurs à la Chambre et au Sénat, afin d'obtenir des concessions sur certains points. Après des démarches répétées, nous fûmes assez heureux — des lettres du docteur Cornil en font foi — pour assurer à notre profession le titre de chirurgien-dentiste et la pratique de l'anesthésie générale.

Tout cela a été un peu oublié par certains.

Notre profession voyant sans cesse le nombre de ses membres s'augmenter, des mœurs nouvelles se sont introduites ; la libre discussion et la polémique courtoise ont fait place aux attaques personnelles, aux critiques de mauvais goût ; le gros mot et l'injure ont remplacé l'argument.

En présence de cet antagonisme aigu qui sévit depuis peu dans notre phalange, on est quelque peu tenté de faire un rapprochement avec ce que disait tout récemment une haute personnalité politique : Notre démocratie est malade : elle souffre du manque d'autorité. Oui mes chers confrères, notre groupement qui est véritablement l'image d'une démocratie en petit, est malade ; il souffre du manque d'autorité. La liberté n'est pas exclusive de l'autorité : celle-là ne s'épanouit que si elle est sauvegardée par celle-ci.

Nous avons besoin d'autorité ; établissons-en une solide pour étouffer dans l'œuf tous les germes de discorde.

C'est seulement à l'ombre de la liberté protégée par l'autorité qu'ont pu éclore pendant vingt-cinq ans les remarquables travaux présentés ici, sur toutes les branches qu'embrasse notre complexe profession.

La liste serait longue s'il nous fallait citer tous ceux qui ont illustré notre Société : n'est-ce pas aux Levett, Chauvin, Lemerle, Heïdé, Ronnet, Barrié, que vous devez d'être initiés aux procédés nouveaux qui font de la dentisterie opératoire une des branches les plus délicates de l'art dentaire. Les murs de la salle retentissent encore des savantes et contradictoires discussions sur l'anesthésie entre deux chefs d'école. J'ai nommé Sauvez et Friteau. La prothèse restauratrice a été élevée à la hauteur d'un art véritable par les Martin, Michaëls et Delair ; ce dernier, que vous entendrez tout à l'heure, s'il n'a pas encore restitué l'ouïe aux sourds, a rendu la parole à ceux dont le cancer avait ravi le larynx. Martinier que nous n'aurions garde d'oublier a révolutionné l'art du redressement et fait de l'orthodontie une spécialité. Il me faut citer aussi Touvet-Fanton qui a doté notre arsenal d'un instrument dont l'ingéniosité apparaît claire à celui qui l'emploie.

Un jeune, Decolland, a imaginé un masque pour l'anesthésie qui la rend plus rapide, plus facile et peu dangereuse. Un autre jeune, G. Villain pour qui la prothèse n'a déjà plus de secrets, nous a, le premier, initié aux mystères de la fabrication des inlays, branche nouvelle de la dentition opératoire et dont les applications, nombreuses en dentisterie opératoire, vont transformer les modes surannés de l'obturation. Faut-il citer encore les Godon, Gillard, Francis Jean, d'Argent, Roy, Loup, Frey, Viau, Mendel, de Croës et Bonnard dont les publications aussi importantes que diverses ont apporté une part contributive à l'avancement de la science dentaire. Que ceux que j'ai involontairement oubliés, et ils sont nombreux, me le pardonnent.

Grâce à ces travaux que je ne cite que pour mémoire et à titre d'exemple, et à tant d'autres dus aux praticiens de tous pays, grâce aux progrès incessants de l'esprit humain, aux découvertes nouvelles, l'Odontologie a suivi, comme toutes les sciences, une évolution depuis

vingt-cinq ans, évolution qui ne peut se continuer que si chacun apporte sa pierre à l'édifice.

Chaque année voit se retirer de la vie professionnelle un certain nombre de confrères qui ont fait leur temps, et y voit entrer des recrues. Puisque les premiers cessent de produire, c'est aux seconds qu'il appartient de les remplacer. Qu'ils nous apportent le fruit de leurs recherches, de leurs études, leurs perfectionnements ; qu'ils ne reculent pas devant les travaux de longue haleine et ne se laissent rebuter ni par les difficultés, ni par la longueur de la tâche : le travail trouve en lui-même sa récompense, outre qu'il fait profiter la collectivité du labeur fourni.

C'est par la collaboration de chacun, des nouveaux, surtout, que nos séances en 1907-1908 offriront de l'intérêt et de l'attrait. Souhaitons que cette année soit aussi féconde que celles qui l'ont précédée et que nous ayons une riche moisson de communications orales et de démonstrations pratiques.

Mes chers confrères, je vous invite au travail en vous rappelant que nous avons un vaste domaine à exploiter, que la science est un terrain neutre sur lequel toutes les intelligences, toutes les activités peuvent s'exercer, que nous sommes les premiers bénéficiaires de nos investigations et que nous y faisons participer, non seulement nos confrères et la science odontologique, mais aussi l'humanité, pour laquelle nous travaillons après tout, et auprès de laquelle nous avons une tâche si noble, si louable à remplir : celle de la soulager et de la guérir de ses maux.

Je fais appel en même temps à votre dévouement à notre institution : en rendant profitables nos réunions scientifiques, vous jetez du lustre sur notre Groupement, vous démontrez au public l'utilité et l'indispensabilité de notre art, vous nous conquérez de nouvelles sympathies et vous contribuez à répandre le bon renom de la Société d'Odontologie à laquelle nous sommes tant fiers d'appartenir.

M. P. Martinier ayant demandé si le règlement lui permet d'obtenir la parole pour présenter quelques observations relatives au discours du président, une discussion s'engage sur le point de savoir si le discours d'usage du président peut être, en séance, soumis à la discussion. MM. Martinier, Touvet-Fanton, Godon et M. le président y prennent part, et, des paroles prononcées, il résulte qu'il n'est pas dans les usages de la Société d'ouvrir la discussion sur le discours du président.

M. P. Martinier ayant insisté pour savoir quels voies et moyens il peut employer pour répondre à certaines parties du discours du président, et développer toute sa pensée, M. Godon et M. le président

lui signalent la voie épistolaire, par une lettre adressée au bureau, qui serait saisi de l'incident.

IV. — Restauration cranienne au moyen d'une plaque « perforée Delair », par M. Delair.

M. Delair donne connaissance de sa communication sur ce sujet qui sera publiée, et fait examiner le malade par quelques-uns des assistants.

La parole est ensuite donnée au malade.

M. X... — Je suis bien profane, messieurs, pour parler dans une assemblée telle que la vôtre. Je veux cependant profiter de l'occasion qui m'est offerte pour remercier publiquement M. Delair du dévouement qu'il m'a témoigné. Grâce à lui, j'ai pu rentrer dans une carrière que j'aimais, que j'aime toujours. Si je ne suis pas obligé d'abandonner la carrière militaire, c'est à l'un de vous, messieurs, que je le dois, et je suis heureux de pouvoir le dire ici à M. Delair, et de le remercier bien sincèrement.

Discussion.

M. le président. — Avant d'ouvrir la discussion, je tiens à remercier à nouveau M. Delair pour sa très intéressante communication. Je n'ai pas besoin de renouveler les éloges qui lui sont dus : Vous avez tous présente à la mémoire la récente présentation qu'il nous a faite d'un malade porteur de son larynx artificiel, et nous savons maintenant *de visu* comment il est capable de restaurer un crâne fracturé dans les conditions qu'il vous a exposées. Après ces belles communications et présentations, ce serait donc une superfétation que de faire l'éloge de M. Delair. Il y a longtemps qu'il se distingue dans la prothèse restauratrice ; depuis vingt-cinq ou trente ans il s'est consacré à des recherches concernant des restaurations analogues.

Je tiens également à remercier le malade présenté par M. Delair. Il a effectué un très long voyage pour confirmer par sa présence les résultats de l'intervention de notre confrère et nous donner le spectacle réconfortant de la restauration menée à bien par M. Delair.

M. Georges Lemerle. — Les différents travaux de prothèse interne qui ont été faits par M. Delair jusqu'à présent ont toujours eu beaucoup de succès, ils ont eu ce succès en partie surtout parce qu'ils étaient placés au niveau de la voûte du crâne, c'est-à-dire dans une région abondante en tissus fibreux ; ensuite parce que les corps étrangers placés dans cette région ne sont soumis à aucun effort. Jusqu'à présent M. Delair avait placé ses plaques avec des coins. Cependant il vient de nous dire que, dans le cas présent, il a cru ne pas devoir adopter ce procédé : il pense qu'ainsi la prothèse ne se mobilisera cependant pas.

J'ai fait quelques expériences sur des chiens. J'ai placé des agrafes,

c'est-à-dire des tiges d'argent ou d'un métal quelconque, recourbées à leurs extrémités et forcées sur la diaphyse d'un os, j'arrivais à les faire tenir par le même principe que M. Delair. En sacrifiant un chien après un an environ, j'ai trouvé que la griffe s'était mobilisée. Elle n'était pas sortie des trous parce qu'il y avait des muscles qui la soutenaient étroitement, mais elle remuait dans ce trou, parce que l'os vivant cède toujours sur une pression qui s'exerce en un seul point, mais il ne cède pas lorsqu'on enfonce un coin sur la griffe, c'est-à-dire lorsqu'on exerce la pression sur toute la périphérie de la perforation qu'on a faite dans l'os. La plaque de M. Delair ne se mobilisera pas, parce qu'elle est placée au sein des tissus fibreux cicatriciels, qui la tiendront en place, et parce qu'elle ne subit aucun effort de mobilisation. Peut-être aurait-il été plus prudent cependant de se servir de coins au niveau du crâne.

La deuxième petite objection que j'ai à faire c'est que M. Delair a utilisé l'or pour sa plaque ; il a rejeté l'argent, parce que l'argent n'avait pas une résistance suffisante à la pression s'exerçant sur la plaque. Cet inconvénient aurait pu être évité en augmentant l'épaisseur de la plaque, tout en la faisant en argent. En tout cas il me semble qu'il y aurait intérêt, d'une façon générale, dans toutes espèces d'inclusions métalliques, d'employer de l'argent, parce que c'est le seul métal, d'après les quelques recherches que j'ai faites à ce sujet, sur lequel le tissu cellulaire adhère. L'étain, le cuivre, l'or, sont entourés parfaitement par le tissu cellulaire, et parfaitement bien supportés, mais on ne trouve pas, je n'ai pas trouvé tout au moins, d'adhérence du tissu cellulaire à leur surface, tandis qu'avec des plaques d'argent, j'ai constaté, un an après, une adhérence véritable du tissu cellulaire.

Lorsque ces plaques étaient percées de trous, le tissu traversait ces trous, entourait ces plaques, et leur adhérait parfaitement. Avec des plaques d'or placées dans les mêmes conditions j'ai constaté une parfaite tolérance et nulle mobilisation, mais lorsque j'ai sacrifié l'animal qui en était porteur, je n'ai pas vu le tissu cellulaire les traverser, adhérer à leur surface. C'est un fait physiologique qui indique, je crois, que d'une façon générale il serait bon d'employer de l'argent dans les cas de prothèse interne, parce que le tissu cellulaire aime l'argent et s'y adapte d'une façon particulière.

Telles sont les deux objections que la belle intervention de M. Delair m'a amené à faire. Toutefois je suis très certain que la plaque, quoique étant en or, sera bien tolérée et je crois, bien qu'elle ne soit pas assujettie avec des coins, que les ressorts des griffes suffiront et qu'elle ne se mobilisera pas.

M. Platschick. — J'ai à demander un simple renseignement, aussi bien à M. Delair qu'à M. Lemerle.

Il a été parlé par M. Delair d'or à 22 karats. Je désirerais savoir en quoi consistaient les deux karats qui restaient, quelle était la proportion de cuivre et d'argent. A M. Lemerle je demanderai quel était le titre de l'argent employé.

M. Delair. — Je faisais allusion à l'argent au premier titre.

M. Platschick. — A mille, par conséquent.

M. Delair. — Quant à l'or, il était à 22 karats, avec 2 karats d'alliage d'argent.

M. Lemerle. — L'argent dont je me suis servi était de l'argent vierge, ordinaire.

M. Viau. — Je n'ai rien à dire relativement à la technique de M. Delair qu'il vient de nous exprimer si brillamment.

Si je prends la parole, c'est simplement parce que je désire m'associer aux paroles de remerciements qui lui ont été adressées par notre président. Nous voyons M. Delair depuis plus de 6 ans à l'Ecole dentaire. Nous avons vu la magnifique série de travaux qu'il a exécutés. Aujourd'hui il nous montre un cas particulièrement remarquable. Avec quelques vieux camarades de Delair qui, comme Godon et moi, le connaissons depuis 30 ans, l'avons suivi de longue date, connaissons sa haute valeur, nous pouvons dire, pour les plus jeunes, que notre ami Delair habitait la Nièvre où il a exercé pendant 20 ou 25 ans notre profession à Nevers. Il a, durant cette période, exécuté un très grand nombre de travaux sur des ouvriers mutilés ou des employés blessés à la suite d'accidents de chemin de fer.

Nous n'avons pas toujours eu la chance de voir ses travaux, mais vraiment ceux-ci lui constituent un actif tout à fait remarquable et qu'il est bon de rappeler à l'occasion.

M. Loup. — Je voudrais m'associer aux éloges qui viennent d'être donnés à M. Delair. Je me souviens qu'en 1900, à la suite du Congrès International où M. Delair avait émerveillé littéralement les congressistes, M. Chauvin, président de la Société d'Odontologie, remettant à M. Delair une médaille d'or, lui dit à peu près à cette époque : « Ce n'est pas une médaille d'or que je voudrais vous donner, mais c'est la croix. » Depuis lors la Société, ou plutôt l'Association générale des Dentistes de France, émit le vœu de faire accorder à M. Delair la croix qu'il avait si bien méritée, qu'il attendait... et qu'il attend encore. Le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris voulut bien accepter à l'unanimité le vœu qui était émis par la Commission d'enseignement de présenter M. Delair pour la croix, et M. Delair attend toujours.

Je voudrais donc, à propos de la belle intervention de M. Delair, dont il vient de vous présenter le très heureux résultat, après avoir vu son blessé, très aimable ma foi puisqu'il est venu ici pour remercier publiquement son bienfaiteur, je voudrais donc, dis-je, que le

bureau de la Société d'Odontologie s'unît au bureau du Conseil de l'Association, au bureau du Conseil de Direction de l'Ecole pour faire une démarche auprès des pouvoirs publics afin de faire accorder à M. Delair la croix qu'il a si bien méritée.

Par conséquent, je demande qu'il soit émis ce soir un vœu, dont on laisserait le soin au bureau d'arrêter les termes exacts, qui seraient à peu près ceux-ci : « Le bureau de la Société d'Odontologie désirant exprimer sa reconnaissance et son admiration à M. Delair pour ses travaux de restauration faciale qu'il poursuit depuis si longtemps et dont le côté humanitaire ne vous échappe pas, confiant dans l'ingénieuse valeur du professeur Delair, demande pour lui aux pouvoirs publics la croix d'honneur. »

M. Francis Jean. — Je demande la parole pour dire à M. Loup que nous n'oublions pas les services éminents que notre ami Delair rend journellement à l'humanité et l'assurer que le Conseil de l'Association, et en particulier le bureau, s'occupent, d'une façon tout particulièrement active et pressante en ce moment-ci, d'obtenir ce que nous désirons tous, ce que vous demandez ce soir. Nous serons certes très heureux que le bureau de la Société d'Odontologie se joigne à nous pour faire aboutir notre demande, pour que cette distinction, si bien méritée par notre ami Delair, lui soit accordée.

M. le président. — Je m'associe aux paroles de MM. Loup et Francis Jean, et je pense être l'interprète de votre pensée à tous en proposant d'émettre le vœu proposé par M. Loup. Le bureau de la Société d'Odontologie se réunira aux bureaux de l'Association et de l'Ecole. Comme M. Francis Jean, je fais, à mon tour, des vœux pour que cette démarche soit couronnée de succès.

M. Godon. — Comme président du Conseil d'administration de l'Ecole, je joins mes éloges à ceux qui viennent d'être adressés à M. Delair, dont nous suivons les travaux depuis si longtemps, et que nous sommes heureux d'avoir parmi les membres du corps enseignant de cette Ecole où il enseigne cette nouvelle spécialité de l'art dentaire si utile : j'ai nommé la prothèse restauratrice, dont il a créé le cours spécial si suivi à cette Ecole. Je serai personnellement heureux, de même que les Conseils réunis de l'Ecole et de l'Association, que le bureau de la Société d'Odontologie se joigne à nous en vue de faire aboutir ce que nous demandons depuis si longtemps, c'est-à-dire que les pouvoirs publics accordent à M. Delair la croix qu'il a si bien méritée.

M. le président. — J'attire votre attention sur les conséquences qui peuvent résulter de cette intervention de M. Delair. Vous avez vu récemment un communiqué au sujet de la création d'un service dentaire au Val-de-Grâce. Il n'est pas douteux, et nous pouvons espérer qu'étant données les manifestations de notre art, et de la science

de prothèse de M. Delair, les médecins militaires verront avec bienveillance venir à eux nos jeunes confrères. Nous espérons qu'en même temps, le corps professionnel tout entier en bénéficiera. Je remercie encore une fois M. Delair de sa très intéressante communication et présentation.

Je mets maintenant aux voix le vœu proposé par M. Loup.

Ce vœu est adopté à l'unanimité par acclamations.

V. — Remise d'une médaille a M. Etchepareborda (de Buenos-Ayres).

M. le président. — J'ai le plaisir de signaler, parmi nous, la présence de notre confrère M. Etchepareborda. Ce n'est un inconnu pour personne ici ; il fut un des premiers, parmi les médecins étrangers, à venir conquérir le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris. M. Etchepareborda est un collaborateur assidu de *L'Odontologie* ; de ses travaux à la Société d'Odontologie vous avez tous gardé le souvenir. L'année dernière, notamment, il a fait présenter, par M. Heïdé, une communication au sujet de l'extraction des dents de sagesse. Tout récemment, il vous a lui-même donné lecture de son rapport sur le Congrès dentaire de Jamestown, auquel il avait été délégué.

M. Etchepareborda ne s'est pas contenté de nous prodiguer ses travaux, il vient de faire un don de 500 francs à l'Ecole, destiné à l'achat d'instruments pour notre enseignement.

L'Ecole dentaire et la Société d'Odontologie ont tenu à témoigner toute leur estime et toute leur gratitude à M. Etchepareborda et m'ont fait un devoir de le prier d'accepter cette médaille.

M. Godon. — J'ajouterai quelques mots, au nom du Conseil d'administration de l'Ecole, pour dire que nous n'avons pas voulu laisser passer à Paris cet ancien lauréat de la seconde année qui était venu chez nous, il y a vingt-cinq ans, suivre les cours de l'Ecole dentaire, et qui était reparti dans son pays répandre la science des Français et prendre la tête du mouvement odontologique, nous n'avons pas voulu le laisser passer parmi nous sans lui remettre un témoignage de la sympathie qu'il avait parmi tous les confrères appartenant à cette Ecole.

Nous lui devons d'autant plus ce témoignage qu'à la séance de juillet, si vous vous souvenez bien, nous avons demandé un membre de bonne volonté pour s'en aller à Jamestown aux Etats-Unis, représenter l'Ecole dentaire de Paris. M. Etchepareborda a dit alors : j'y vais. Nous croyions tous qu'il retournait dans son pays ; au contraire, il est revenu ici trois mois après vous rapporter son rapport.

J'estime que nous ne saurions trop souligner ce fait d'autant plus qu'il nous a rapporté des indications intéressantes au sujet de la question des inlays, pour la fabrication desquels chacun apporte cha-

que jour des appareils, des méthodes nouvelles, par suite d'une émulation très louable. M. Etchepareborda a trouvé là-bas l'appareil Taggart qu'il nous a dit être extrêmement intéressant, mais avec la rapidité de production des procédés dus à l'ingéniosité de nos confrères, l'appareil de Taggart est déjà presque une curiosité de musée auprès de celui que vous verrez tout à l'heure, probablement. Je joins donc mes éloges et mes félicitations au nom des membres du Conseil de l'Ecole, à ceux qui sont adressés par la Société d'Odontologie à M. Etchepareborda.

VI. — Appareil pour la fabrication des inlays en or coulé, par M. Etchepareborda.

M. Etchepareborda. — L'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter sert à faire des inlays d'or d'une façon extrêmement simple.

Il se compose du cylindre creux de la petite presse ou swager d'Ash, d'un tube de cuivre et d'un cylindre massif en acier, mais creusé à sa partie inférieure dans une hauteur de 5 à 6 millimètres.

Le procédé est le suivant : on prépare et on coule les inlays comme d'habitude pour le système de la cire perdue ; on laisse sécher, et on chauffe lentement le tube pour éliminer la cire.

Quand on est sûr que toute la cire a disparu, on place le tube dans le cylindre creux, et avec un puissant chalumeau, on fond l'or. Préalablement, on a placé dans la partie creuse du cylindre d'acier, des fibres d'amiante mouillée.

Quand l'or est bien fondu, il suffit pour que l'or remplace la cire de le comprimer rapidement et fortement avec le cylindre pourvu de l'amiante. Il ne reste qu'à sortir l'inlay du tube, à le polir et à l'adapter à la bouche.

M. Viau s'associe aux félicitations qui ont été adressées à M. Etchepareborda ; il dit que le lendemain du jour de la démonstration sur les inlays qui a eu lieu à l'École, M. Etchepareborda accourait chez lui : il avait auparavant fait roder par un mécanicien un tube en acier et il apportait l'appareil, sujet de la présentation, avec lequel en quelques instants, il confectionna un inlay en or absolument parfait.

M. le président remercie M. Etchepareborda de sa très intéressante communication ; il rappelle qu'à la précédente séance pratique, M. Solbrig a présenté un appareil extrêmement simple. M. Etchepareborda l'a encore simplifié, car il ne s'agit pas d'une copie, malgré l'identité du principe.

M. Martinier s'étonne que ce soit le lendemain de la démonstration du procédé de M. Solbrig par l'auteur lui-même que M. Etchepareborda ait révélé à M. Viau le procédé qu'il présente actuellement comme une idée caressée par lui depuis longtemps. Pour M. Marti-

nier, la priorité du procédé, ou tout au moins de l'application de la pression par la vapeur d'eau, appartient incontestablement à M. Solbrig, pour lequel cette priorité devrait être réclamée par le bureau dont les démarches ont précisément déterminé la démonstration de M. Solbrig.

M. Friteau demande que le bureau prenne des mesures en vue d'établir, d'indéniable façon, la priorité de l'invention de M. Solbrig, celui-ci n'ayant fait qu'une démonstration qui, d'après M. Friteau, ne laisserait pas de traces.

M. le président déclare qu'il vient précisément de rappeler la présentation de M. Solbrig. M. Etchepareborda a présenté un appareil ayant plus ou moins d'analogie avec celui de M. Solbrig quant au procédé employé ; l'un comporte l'emploi d'une pince, l'autre d'un cylindre.

M. Blatter se félicite de voir la question des inlays en or prendre en France une extension aussi considérable. Il fait l'éloge de M. Solbrig et de l'invention qu'il a récemment présentée.

M. Godon dit que le compte rendu des séances de démonstrations est publié dans *L'Odontologie*, et qu'il en reste, par conséquent, une trace qui peut faire foi dans les questions de priorité.

M. Solbrig déclare que sa méthode est absolument originale. M. Etchepareborda a construit un appareil basé sur le même principe, c'est-à-dire la formation de la vapeur d'eau par l'amiante mouillée, qui vient en contact avec l'or fondu ; la chaleur provoque la formation de vapeur d'eau, et celle-ci comprimée par le serrage de l'appareil avec l'amiante, qui fait un joint absolument hermétique, compresse l'or en fusion. M. Solbrig ajoute qu'il est fréquent de voir la même idée venir à deux personnes, et que le cas présent prouve que la profession était bien près de trouver quelque chose de simple et de parfait pour la confection des inlays en or.

M. le président dit qu'il ne croit pas possible de méconnaître la priorité de M. Solbrig sur le procédé qui occupe la Société, et qu'il ne croit pas que M. Etchepareborda la discutera. Celui-ci a été frappé de la simplicité, et de l'ingéniosité de la méthode de M. Solbrig, et s'est empressé de soumettre la sienne à la Société d'Odontologie.

M. Platschick s'étonne que la fabrication de l'appareil de M. Etchepareborda ait suivi de vingt-quatre heures la présentation de celui de M. Solbrig ; il voit dans le premier une imitation du second.

M. Péré y voit plutôt une simplification.

M. Platschick ajoute que l'on ne sait pas encore quelles pourront être les conséquences de l'invention de M. Solbrig.

M. Friteau pose à nouveau la question de priorité qui, selon lui, pourrait être refusée à M. Solbrig, si l'on s'en tenait à ce qui paraît dans *L'Odontologie*, car selon M. Friteau, une démonstration ne laisse pas de traces.

M. le président fait remarquer que si, dès le premier moment, il a fait une allusion très caractéristique à la présentation de M. Solbrig, c'était précisément pour garantir la priorité de la présentation de sa pince.

Le secrétaire général déclare que les intérêts scientifiques de M. Solbrig sont absolument sauvegardés; en effet, les démonstrations pratiques sont l'objet d'un compte rendu publié dans *L'Odontologie*, par les soins du secrétaire général, compte rendu qui mentionne la date de la présentation, et qui ferait foi dans un débat de priorité.

M. Friteau trouve que les comptes rendus de cette nature manquent trop de précision pour atteindre ce but.

M. Roy pense qu'il ne saurait se produire de contestations puisque les publications des comptes rendus et des procès-verbaux se feront dans l'ordre chronologique ; ces publications et celle des paroles échangées à la présente séance suffisent amplement à assurer à M. Solbrig une priorité qui ne lui est nullement contestée.

M. Martinier fait ressortir la portée que peut avoir l'incident en ce qui concerne l'avenir même de la Société : les procédés communiqués devant la Société d'Odontologie doivent en effet être enregistrés de telle sorte qu'une discussion de priorité ne puisse s'élever dans l'avenir, si, par exemple, un membre de la Société veut un jour faire l'historique des inlays d'or. Pour M. Martinier la question se réduit à ceci : une démonstration particulièrement probante a été faite par M. Solbrig; or M. Etchepareborda présente un appareil que M. Viau a dit avoir été construit le lendemain de la démonstration de M. Solbrig ; l'incident sera donc clos si M. Etchepareborda déclare qu'il s'est inspiré de l'appareil Solbrig pour construire son appareil, qui peut en être une simplification.

M. Georges Villain dit que M. Solbrig a la priorité d'un appareil dans lequel la pression pour la coulée des inlays en or est obtenue par la vapeur d'eau qui se dégage sous l'action de la chaleur qui agit sur l'amiante mouillée, mais il n'a pas la priorité d'autre chose que d'un appareil. D'autre part, M. Etchepareborda a présenté un appareil qui est non une imitation, mais une modification de l'appareil Solbrig, avec ou sans simplification. Le principe de la coulée est d'une application très ancienne dans l'industrie ; en art dentaire, Blandy l'employa le premier en 1856, pour les appareils coulés en métal à base d'étain. Pillette le premier indiqua le procédé de coulée dit *à cire perdue*. Caroll le premier, employa en art dentaire la coulée sous pression pour les appareils en aluminium. Ollendorf au Congrès de Hanovre de 1905 présenta un appareil pour la coulée des plaques en or, puis il perfectionna sa méthode en allongeant la colonne de métal, la masselotte, afin d'obtenir une pression suffisante.

M. Solbrig en 1906 applique aux inlays avec matrice la méthode d'Ollendorf. Taggart depuis plusieurs années, s'inspirant de la mé-

thode de Caroll, fit de nombreux essais, et en janvier 1907 il montra les premiers inlays d'or coulé sous pression.

M. Villain ajoute que, quel que soit le mode de production de la pression, air comprimé, oxygène, protoxyde d'azote, acide carbonique, vapeur d'eau, le principe est le même; seuls les appareils varient, par leur mode d'application de ce principe dit coulée sous pression. Pour M. Villain, on a le droit et le devoir d'essayer, d'imaginer ou de modifier des appareils même en se basant sur le même principe; il ne croit soulever aucune contradiction dans une Société scientifique dont la devise contient le mot « Progrès ». Il conclut que ce n'est pas d'un principe mais seulement d'un appareil, que M. Solbrig peut réclamer la priorité, que nul ne saurait lui contester, appareil pour lequel M. Villain renouvelle à M. Solbrig ses félicitations et l'expression de son admiration.

M. Viau s'étonne que l'on discute sur une question de priorité au sujet de laquelle il n'a pas été produit de réclamation.

M. Friteau répond que l'appareil de M. Etchepareborda procédant du même principe que celui de M. Solbrig, plusieurs membres de la Société ont été frappés de cette similitude que, M. Etchepareborda ne l'ayant pas fait, ils ont signalée. Il conclut que les faits doivent être fixés et établis d'une façon indéniable.

VII. — Anesthésie des incisives et des canines par une méthode nouvelle.

M. Touchard. — Je devais ce soir présenter un procédé d'anesthésie des incisives et des canines supérieures, un procédé qui ne m'est pas personnel, mais qui n'a pas, que je sache, été expérimenté au point de vue purement dentaire. M. Dreyfus a d'ailleurs analysé cette méthode dans *L'Odontologie*, et M. Sauvez en a également fait mention dans la *Clinique*; les observations que j'ai recueillies sont intéressantes, mais une communication n'est pas tout à fait mise au point, et ce n'est pas dans une prochaine séance que je pourrai la lire, après avoir pu compléter ces expériences.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 novembre 1907.

La Société Odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle sous la présidence de M. Amoëdo, le 26 novembre 1907, à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Un membre de la Société présente une malade autrefois affectée d'une fistule mentonnière en rapport avec une incisive inférieure, et guérie par des injections d'eau oxygénée, et surtout par l'extraction de la dent causale.

M. Berger donne connaissance d'une étude *sur un point encore peu étudié concernant les rapports entre les affections dentaires et oculaires.* L'auteur note les rapports entre les anomalies et affections des dents et celles du cristallin : dents et cristallin ont des relations embryologiques, étant d'origine ectodermique. La coexistence de malformations dentaires avec la cataracte zonulaire s'observe dans près des trois quarts des cas ; M. Berger met cette coexistence au compte du rachitisme, qui se manifesterait dans les derniers mois de la vie intra-utérine.

L'auteur signale également la simultanéité de la cataracte tétanique avec la polyarthrite alvéolo-dentaire, ces deux affections résultant d'une auto-intoxication produite par l'acétone.

M. Berger étudie la cataracte sénile dans ses rapports chronologiques avec le déchaussement sénile des dents, et en terminant il émet l'hypothèse que certaines polyarthrites infectieuses peuvent être liées à l'insuffisance de glandes à sécrétion interne.

M. Siffre, dans une importante communication, traite *des conséquences de l'extraction des dents temporaires.* L'arcade dentaire temporaire est limitée en arrière par une ligne virtuelle passant entre la face distale des deuxièmes molaires de lait et la face mésiale des molaires de six ans, elle est la somme des diamètres mésio-distants des dix dents de lait. Il en résulte que la ligne articulaire temporaire reste immuable, que la ligne articulaire permanente des dix dents de remplacement est semblable à la temporaire, que les dents permanentes correspondantes ont une place suffisante sur l'arcade permanente.

Pour que la dentition de remplacement se fasse normalement, il faut que les dents de lait disparaissent en temps voulu. Emettant l'hypothèse de l'avulsion totale des dents de lait et du maintien, par un appareil, de l'écart normal entre les dents de six ans, l'auteur ajoute que ces dents permanentes évolueraient normalement.

Pour M. Siffre, on peut, sans inconvénients, extraire les canines de lait pour permettre aux incisives permanentes de se ranger normalement ; les canines permanentes bénéficieront de l'espace créé par la chute des molaires de lait et de leur remplacement par les prémolaires, à condition toutefois que l'on immobilise les dents de six ans.

M. Amoëdo rend compte d'un récent voyage qu'il fit récemment en Espagne d'où il rapporte le sentiment des énormes progrès accomplis depuis quinze ans dans toutes les branches de notre profession. L'enseignement notamment s'est organisé d'une façon parfaite. Nous publierons d'ailleurs cette intéressante relation.

MM. Siffre et Amoëdo présentent chacun un appareil très simple pour la confection des inlays en or, appareil basé sur le principe de la pince de M. Solbrig.

M. Amoëdo indique, en outre, une variante de la méthode centrifuge de Jameson's, pour la confection des inlays en or : Il utilise la rotation du volant du tour d'atelier, renversé sur le côté, sur lequel il fixe le godet contenant le revêtement.

H. D.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Vingt-huitième séance annuelle de réouverture des cours.

DISCOURS DE M. GODON,

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le président,
Mesdames, messieurs,
Chers élèves,

Une tradition, vieille de plus de vingt ans, veut que dans cette institution l'ouverture des cours de la nouvelle année scolaire et la distribution des récompenses aux élèves de l'année précédente se fassent en séance solennelle.

Cette coutume nous fournit l'occasion de signaler à l'opinion publique notre œuvre, les services qu'elle rend, et les réformes qu'elle désire pour étendre et compléter son action et la faire mieux connaître et mieux apprécier par la profession, les pouvoirs officiels et le grand public.

Enfin c'est une occasion aussi d'indiquer une dernière fois à ceux de nos élèves qui vont nous quitter, pour faire leurs débuts dans la profession, ce que l'on attend d'eux pour qu'ils soient dignes de l'institution qui les a formés et dans quelle voie ils doivent diriger leurs efforts pour aider utilement à l'évolution professionnelle et mériter la considération publique.

Nous nous sommes toujours bien trouvés de suivre cette tradition, puisque chaque année nous avons inscrit sur notre livre d'or des noms nouveaux qui sont venus grossir la liste déjà longue des membres de notre Comité de patronage, parmi lesquels on remarque ceux des hommes les plus éminents dans la science et dans la politique comme Paul Bert, Brisson, Bourgeois, Combes, Trélat, Verneuil, Brouardel,... je ne puis les citer tous.

Et chaque fois nous revoyons à cette fête, parmi les personnages qui répondent à notre appel, les fidèles amis de

l'institution, comme l'éminent directeur de l'Assistance publique de Paris, M. G. Mesureur.

Laissez-moi faire une place à part dans notre cœur à M. G. Mesureur, qui, avec sa bonne grâce habituelle et son désir de nous témoigner sa sympathie, vient d'accepter de remplacer au dernier moment le président de cette fête, M. le sénateur Lannelongue, empêché. *(Applaudissements.)*

Chaque année M. G. Mesureur nous donne des preuves nouvelles de son bienveillant intérêt, de sa constante sollicitude pour notre œuvre. Aussi sommes-nous heureux de lui exprimer publiquement, en votre nom à tous, notre vive et sincère gratitude. *(Applaudissements.)*

Vous savez, monsieur le président, ce qu'est l'institution. Permettez-moi pourtant de le répéter pour ceux qui ne l'ont pas encore bien compris : c'est un groupement professionnel de près de mille personnes, un vrai syndicat médical, puisqu'il y a quelques jours nos délégués prenaient part, à ce titre, avec les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes, au scrutin pour l'élection des membres du Conseil supérieur de la Mutualité.

Mais c'est un syndicat médical dans toute l'acception du terme : je veux dire que dans notre groupe, grandement ouvert à tous ceux qui s'intéressent à l'art dentaire et composé de deux sections : l'Ecole dentaire et l'Association générale des dentistes de France, on s'occupe des intérêts moraux et matériels de la profession. On s'y propose une action scientifique, pédagogique et philanthropique autant qu'une action mutuelle ou de défense professionnelle.

Je ne veux pas insister sur ces deux derniers côtés, si intéressants pourtant, de notre groupement.

Son action scientifique vous intéresse davantage. Elle s'exerce surtout par notre Société d'Odontologie, réunion du Corps enseignant de l'Ecole, et par les Congrès que nous organisons ou auxquels nous collaborons annuellement, comme la section d'Odontologie de l'Association française pour l'Avancement des Sciences ; ces congrès ont été particulièrement nombreux cette année.

Ces diverses réunions montrent l'intensité de cette activité scientifique et l'importance de la participation de notre groupement aux progrès réalisés dans la science odontologique depuis quelques années.

De profondes modifications se sont introduites dans nos conceptions sur la pathologie et la thérapeutique dentaire ; notre technique et notre arsenal opératoire ont été complètement transformés par les applications les plus ingénieuses de la physique, de la chimie, de la mécanique, qui diminuent la durée ou la difficulté de nos interventions et, avec la fatigue de l'opérateur, la douleur de l'opéré.

L'action philanthropique de notre groupement ne vous laisse pas non plus indifférent. Elle s'exerce par le dispensaire de l'Ecole, qui a pris cette année une extension particulière depuis que, par une décision dont nous avons tous apprécié l'importance, le directeur de l'Assistance publique, d'accord avec le Conseil de surveillance, a bien voulu l'assimiler aux autres dispensaires de l'Assistance publique.

Le nombre des malades s'est élevé cette année à 57.628, dont 24.299 pour le 1er semestre et 33.329 pour le 2e semestre, représentant 16.241 fiches, soit autant de malades auxquels il a été fait non seulement des extractions, mais des obturations, des appareils de prothèse et des traitements divers ; sur ce nombre près de la moitié sont des malades de l'Assistance publique.

J'ajoute que cette action philanthropique s'est exercée également en dehors de l'institution, notamment par un service dentaire au sanatorium d'Angicourt, où 150 tuberculeux reçoivent les soins gratuits d'un professeur délégué de l'Ecole.

Vous savez comment fonctionne notre dispensaire : le malade, après y avoir été admis et y avoir reçu à une des cliniques journalières les soins d'urgence, est examiné à nouveau dans les divers services de dentisterie complète. Il y reçoit le traitement que comporte son état pour la restauration de son système dentaire, par l'obturation, l'aurification, la couronne artificielle ou l'appareil de prothèse, suivant les cas, c'est-à-dire tous les traitements complets

de la dentisterie opératoire moderne, comme le reçoivent les personnes aisées dans le cabinet du dentiste, ce qui ne se fait pas dans ces conditions dans les consultations hospitalières, où l'on ne peut s'occuper que de dentisterie d'urgence, et qui sont réduites à une organisation sommaire en personnel et en matériel.

Mais l'œuvre qui intéresse le plus ici est celle qui motive notre réunion ce soir : c'est l'Ecole dentaire, base de ce groupement, institution la plus intéressante pour les pouvoirs publics en ce moment, la plus attachante pour les membres de la Société qui s'y sont dévoués. Elle a été créée en 1879 par l'initiative privée d'un groupe de praticiens sans aucune pensée de lucre ou de profits personnels ; nous ne saurions trop le répéter, devant certaines insinuations persistantes d'adversaires qui ne nous ont jamais compris.

Toutes les fonctions sont gratuites : seuls, quelques membres du Corps enseignant reçoivent une indemnité légère. Depuis bientôt trente ans, par son œuvre d'enseignement, elle est la collaboratrice bénévole de l'Etat et de la Faculté de médecine pour la formation des chirurgiens-dentistes, surtout depuis les décrets de 1893 et de 1894.

Vous voyez ce qu'elle est aujourd'hui, au début de l'année 1907-1908, le développement qu'elle a pris avec un budget annuel de près de 200.000 francs.

Nous avons compté cette année 325 élèves, dont 40 ont été diplômés à la fin de l'année, 60 membres dans le corps enseignant, dont 20 pour l'enseignement scientifique et médical, et 40 pour l'enseignement technique, la plupart nommés au concours.

Le premier est donné à l'Ecole, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux à Clamart, à l'hôpital Lariboisière et dans plusieurs services d'hôpitaux. Le second est donné tous les jours au dispensaire et dans les laboratoires de l'Ecole et comprend journellement des cliniques de chirurgie dentaire, d'anesthésie, de prothèse et d'orthodontie, complétées par les services de traitement de chacune de ces cliniques, ainsi que par les laboratoires d'histologie et de bactério-

logie, de prothèse, de radiographie, etc. De la sorte, l'élève qui suit régulièrement le cours est occupé pendant trois ans tous les jours, de 8 heures et demie à midi, aux cliniques et à la dentisterie opératoire, l'après-midi de 2 heures à 5 heures au laboratoire de prothèse ou à la dissection, et de 5 heures à 7 heures aux cours théoriques de sciences, de médecine, ou d'art dentaire, soit un peu plus de huit heures, sans compter la revision de ses notes, réservée aux soirées.

Nos élèves apprennent ainsi tout ce qu'ils doivent savoir pour répondre aux nécessités de leurs fonctions, aux besoins du public.

Plus d'un millier de chirurgiens-dentistes, c'est-à-dire près d'un quart des dentistes français, ont été formés par cette école depuis sa fondation, dans ces conditions, c'est-à-dire diplômés par elle, sans compter les étrangers venus si nombreux d'Europe et même d'Amérique.

Voilà en résumé l'œuvre accomplie par l'Ecole dentaire de Paris depuis 1880, que j'aurais voulu faire connaître à M. Lannelongue, car vous la connaissez, vous, monsieur le président, depuis que vous vous intéressez à ses progrès. Mais, pour poursuivre sa tâche, pour atteindre tout son développement pour le bien du public et de la profession, cette école demande un certain nombre de réformes, dont la plupart portent sur l'enseignement, et dont la solution dépend du bon vouloir des pouvoirs publics. Ces réformes ont fait l'objet des études de notre groupement depuis plusieurs années et de pétitions multiples adressées aux pouvoirs publics. Vous le savez, elles portent surtout sur le relèvement des études préliminaires et des études techniques, et la transformation du 3e examen, dont le regretté doyen, M. le professeur Brouardel, a pu dire qu'il n'était que de pure apparence.

Nous désirons que les pouvoirs publics nous mettent à même de soutenir avec honneur la concurrence des écoles étrangères pour le bon renom de l'Odontologie française, en ne délivrant le diplôme de chirurgien-dentiste qu'à des praticiens possédant tout le savoir technique que comporte la dentisterie moderne.

Il faudrait aussi que la situation que les événements ont créée aux écoles dentaires reconnues d'utilité publique fût consacrée officiellement et que leur personnel fût associé aux examens et leur installation utilisée pour ces examens, comme ils concourent l'un et l'autre à l'enseignement, afin d'assurer aux réformes une application rationnelle et aux écoles une existence régulière et un avenir certain, tout en évitant à l'Etat et aux contribuables des sacrifices considérables, car ces écoles représenteraient pour Paris seulement une charge annuelle de plus de 500.000 francs. Il faudrait créer un lien officiel analogue à celui par lequel vous avez rattaché leur dispensaire à l'Assistance publique.

Aussitôt que les réformes ont été mises à l'étude, bien des projets, dont quelques-uns sont déjà fort anciens comme vous le savez, ont été formulés. Pour ne rappeler que les principaux, les uns demandent la suppression plus ou moins immédiate des chirurgiens-dentistes et le rattachement complet de l'art dentaire à la médecine ; d'autres voudraient que le titre de chirurgien-dentiste fût remplacé par celui de licencié en chirurgie dentaire, comme en Angleterre, ou par celui de docteur en chirurgie dentaire comme aux États-Unis. Inutile d'insister ici sur les divisions professionnelles que ces projets ont provoquées entre Odontologistes et Stomatologistes.

Nous n'aborderons pas non plus les discussions de ces questions qui se poursuivent depuis si longtemps dans nos réunions professionnelles et remplissent nos revues pour démontrer que non seulement la stomatologie, qui est de la médecine, doit être réservée aux seuls médecins, mais encore l'art dentaire, qui comprend la dentisterie opératoire et la prothèse, et que les chirurgiens-dentistes n'ont plus qu'à disparaître. Il suffit de constater pour l'instant que pour la réalisation de la plupart de ces projets il faudrait des lois nouvelles ; or, il ne nous semble pas que les législateurs soient disposés à remettre avant longtemps ces questions à l'ordre du jour du Parlement. Nous sommes encore trop près de la loi de 1892. Cette loi, en ce qui con-

cerne l'art dentaire, a sanctionné l'existence des chirurgiens-dentistes, qui répondent à un besoin social. Les théoriciens, qui veulent faire abstraction des contingences, peuvent l'ignorer ; mais il n'en répond pas moins à un fait qui s'est imposé à l'attention des législateurs de 1892 dans des conditions analogues à celles d'aujourd'hui. Ce fait — la nécessité de praticiens de l'art dentaire, spécialement préparés pour l'exercice de la dentisterie opératoire et de la prothèse dentaire — continue à s'imposer dans les mêmes conditions à l'attention de tous ceux qui ne partent pas d'un raisonnement à priori, ne se laissent pas guider uniquement par des vues de l'esprit et tiennent compte de l'expérimentation et des lois de l'évolution telles que celle d'Auguste Comte qu'un de nos collègues rappelait avec à-propos récemment, et qui est ainsi formulée : « Par une loi dont la nécessité est évidente chaque branche du système scientifique se sépare insensiblement du tronc lorsqu'elle a pris assez d'accroissement pour comporter une culture isolée, c'est-à-dire lorsqu'elle est parvenue à ce point de pouvoir occuper à elle seule l'activité permanente de quelques intelligences. » L'Odontologie nous paraît justifier aujourd'hui l'application de cette loi.

Dans tous les cas, tant que la loi de 1892 existe, le devoir des pouvoirs publics n'est-il pas de faire des chirurgiens-dentistes, et le devoir des écoles dentaires n'est-il pas de continuer à les préparer ? On l'a bien compris dans le rapport sur les études qui a été proposé à la Commission de médecine et de pharmacie du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Les membres de la Commission d'étude des réformes, nommée par notre Groupement, l'ont bien compris aussi, en se ralliant en grande majorité aux parties principales de cet excellent projet. Nous avons pensé qu'il n'était ni dans les probabilités ni dans les possibilités que les conditions de création des dentistes fussent remaniés de fond en comble en ce moment ; que là, comme dans la nature, l'évolution sociale se fait lentement, en période normale, qu'on ne procède pas par sauts ; que, seules, les réformes partielles ont des

chances d'aboutir, et que ce projet indique les principales : le stage de prothèse, la durée des études, les examens annuels, la réforme du 3e examen et la collaboration des Écoles dentaires.

Nous avons pensé que, s'il était adopté, il constituerait une amélioration notable sur la situation actuelle et, sous quelques réserves de détail, qu'il assurerait peut-être vingt ans de tranquillité en satisfaisant plusieurs générations. C'est une nouvelle étape dans l'évolution de l'Odontologie. A ceux qui nous suivront incombera le devoir d'apporter des transformations plus profondes en accord avec l'état social qui existera à cette époque.

C'est pourquoi, partisan des solutions pratiques et immédiatement réalisables, nous demandons à tous les amis de l'École dentaire, à tous les amis des dentistes, de bien vouloir appuyer de tous leurs pouvoirs auprès de la Commission de médecine et de pharmacie l'adoption, dans ses parties principales, du projet de réformes des études dentaires de M. le professeur Lannelongue.

Je vous ai dit les motifs de cette réunion, je vous ai rappelé ce qu'est notre œuvre, le but de cette institution, j'ai essayé de vous résumer les résultats de son action matérielle et morale et aussi ce que nous attendons des pouvoirs publics pour continuer et perfectionner cette œuvre. Mais, ce que je ne vous ai pas dit, c'est le dévouement de tous ceux qui collaborent à cette tâche, professeurs, membres du Corps enseignant à tous les degrés, membres du Conseil de direction, fonctionnaires de tous grades, l'affection qu'ils ont pour l'institution, l'émulation qui les animent pour concourir à son développement.

Je tiens à leur rendre ici un public hommage. Ils savent, et c'est la seule récompense qu'ils ambitionnent, que l'œuvre à laquelle ils se dévouent contribue à la grandeur de la science odontologique française et sert à la fois le progrès et l'intérêt public. *(Applaudissements répétés.)*

CONFÉRENCE DE M. SERRES,

Professeur à l'Ecole.

Monsieur le président,
Mesdames, messieurs,
Mes chers collègues,

En me désignant pour faire la conférence de réouverture des cours, le Conseil de direction, et je l'en remercie bien vivement, a sans doute voulu montrer en quelle estime il tient les sciences que j'ai l'honneur de professer à cette Ecole, la physique, la mécanique et la métallurgie appliquées. Ces sciences, que l'on qualifie en général d'accessoires, jouent en effet dans l'art dentaire un rôle particulièrement important. C'est ce que j'ai l'intention de vous montrer en quelques mots, et, pour ne pas abuser de votre attention, j'entre sans autre préambule dans le vif de mon sujet.

La mécanique, mesdames et messieurs, régente et gouverne le monde ; tout s'y ramène aujourd'hui. Lorsque le professeur Marey fit paraître son livre de physiologie expérimentale, il l'intitula la Machine animale.

Le dentiste s'occupe plus particulièrement d'une partie de cette machine, le maxillaire, dont le rôle physiologique est uniquement mécanique. Comment donc considérerait-il cette science comme accessoire ? Ne trouve-t-il pas un auxiliaire précieux dans le mécanicien, qui souvent travaille dans son cabinet même et sous sa direction ? Pour vaincre les liaisons naturelles qui s'opposent à l'extraction des dents, pour aller les saisir jusque dans le fond de la bouche sans toucher aux parties voisines, il emploie des appareils ingénieux, qu'il perfectionne constamment suivant les indications de la mécanique, depuis la clef de Garengeot jusqu'aux daviers et élévateurs actuels. Chacun y apporte sa part contributive : tel le regretté Poinsot, qui, en 1868, inventait le davier à mors parallèles.

Sans doute, ce sont là des applications qui se rencontrent dans tous les métiers, des perfectionnements de l'appareil d'usage journalier auxquels on est conduit dans toute pratique courante. Mais ils dénotent chez leurs auteurs un sens mécanique, permettez-moi cette expression, que nous voyons se révéler plus puissamment dans d'autres applications.

Je ne parlerai que pour mémoire de la théorie mécanique de l'extraction des dents. Mais laissez-moi retenir votre attention sur le travail plus récent de M. Godon intitulé : « Considérations sur l'action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire. » En utilisant les méthodes et les principes de la mécanique théorique, en appliquant aux maxillaires et aux dents les règles du parallélogramme et du polygone des forces, le Dr Godon démontre la nécessité impérieuse de conserver ou de rétablir l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires, les graves inconvénients que présente la rupture de cet équilibre, l'obligation pour le dentiste de compléter l'examen pathologique de la bouche par l'examen minutieux de l'articulation, enfin, comme complément d'une dentisterie opératoire bien comprise, la restauration, autant que possible, des divers plans d'articulation. Indications précieuses dues à des considérations théoriques.

Que nous sommes loin de la conception des anciens arracheurs de dents ! Ceux-ci, pour supprimer la souffrance, extirpaient la cause du mal et croyaient avoir accompli tout ce qu'il y avait à faire. Pour le dentiste actuel, au contraire, la bouche, et même la tête entière, est un édifice dont toutes les parties sont solidaires. Supprimez une pierre, c'est une dent que je veux dire, et l'équilibre de l'édifice est compromis. Si la pierre est trop attaquée et impropre à tout service, si une réparation est impossible, s'il devient nécessaire de l'enlever, il faut bien vite la remplacer par une autre d'égale résistance. L'équilibre et la solidité de l'édifice sont à ce prix.

C'est peut-être encore davantage en orthodontie, en ortho-

pédie du maxillaire, en prothèse dentaire et restauratrice, que nous voyons triompher la mécanique appliquée. Je ne puis, dans une revue aussi rapide, vous donner même une simple énumération de tous ces appareils extenseurs, dilatateurs, redresseurs, continuellement employés dans les cabinets dentaires et si bien appropriés à chaque cas particulier. A côté de M. Martinier, que tout le monde, je crois, reconnaît pour le chef de l'Ecole orthodontiste et prothésiste actuelle, chaque praticien modifie, perfectionne, crée même, suivant les besoins, des appareils extrêmement variés. C'est que l'orthodontie est une des branches les plus importantes de l'art dentaire. Le public lui-même commence à s'en rendre compte. On voit beaucoup moins de personnes renoncer à faire redresser un maxillaire, à faire modifier la position défectueuse d'une dent, sous prétexte que « c'est de naissance ». Le dentiste arrive à corriger la nature souvent sans opération et par la simple application de forces mécaniques appropriées.

Mais lorsque des parties importantes de l'édifice maxillaire ont été enlevées, quand il s'agit de réparations portant sur des parties mobiles qui jouent physiologiquement un rôle essentiel, quels superbes résultats obtient encore le dentiste! Je ne saurais dans cette École, dont il est une des gloires, passer sous silence les nombreux et intéressants travaux de M. Delair. Il est arrivé à perfectionner d'une manière très remarquable les larynx artificiels et voiles à clapet. Ces merveilleux petits appareils font l'admiration de tous les initiés qui les ont vus de près. Ils redonnent la parole à ceux qui en seraient irrémédiablement privés, rendent à la vie et aux relations de chaque jour ceux qui sans cela en seraient éloignés pour jamais. La reconnaissance que ceux-ci témoignent à leur bienfaiteur dit assez quels services il leur a rendus. *(Applaudissements.)*

La physique, mesdames et messieurs, trouve aussi dans l'art dentaire des applications importantes. Aussitôt que des canalisations multiples en ont rendu l'emploi commode, les dentistes ont su plier à leurs besoins l'électricité, cette forme

si propre, si souple et à la fois si puissante de l'énergie. Le four électrique avait à peine paru que les dentistes s'efforçaient de lui donner une forme et un dispositif adéquates à leurs travaux : ils l'ont ainsi amené à la forme que vous connaissez tous et sous laquelle on l'emploie couramment aujourd'hui.

Quel intérêt puissant il y a pour le dentiste à voir ce que peut renfermer et recouvrir le maxillaire ! Les rayons de Rœntgen répondent à ce besoin et les dentistes ne furent pas les derniers à utiliser la radiographie et la radioscopie. En 1898 MM. Godon et Contremoulins créaient une technique spéciale de radiographie dentaire à l'aide d'une pellicule enveloppée de papier noir et maintenue dans la bouche par un porte-empreinte évidé. Depuis il a paru de nombreux ouvrages où l'on décrit divers procédés de radiologie dentaire ; dans les Congrès et les Sociétés on a entendu de nombreuses communications sur ce sujet ; des perfectionnements continus ont été apportés dans les appareils et les méthodes, et aujourd'hui un service de radiographie fonctionne à l'École dentaire.

La métallurgie enfin, mesdames et messieurs, est dans le cabinet dentaire d'une constante application. En mesurant les efforts qu'ont à supporter dans l'acte de la mastication les maxillaires et les dents, on arrive à des nombres considérables. Bien que les efforts soient très variables suivant les circonstances et surtout la résistance des objets broyés, les auteurs s'accordent pour trouver des valeurs variant de 25 à 150 kilogrammes. Il est vrai que lorsqu'il y a des dents artificielles la force descend en moyenne à 40 kilos, comme si dans ce cas on se défiait de son appareil masticateur.

Dans les obturations, dans la confection des couronnes, des dents à pivot, des bridges et des divers appareils, il faut chercher des substances capables de résister à de pareilles pressions. Il devient nécessaire de calculer les efforts à supporter pour éviter les ruptures qui se produisent quelquefois. Parmi les corps les plus employés et qui donnent les meilleurs résultats figure l'or. C'est surtout pour le dentiste

que l'or est le roi des métaux. Par sa malléabilité et son inaltérabilité à l'état pur, par sa ténacité quand il est condensé, par la possibilité de lui communiquer des résistances particulières en l'alliant à de petites quantités de métaux étrangers, l'or est peut-être de tous les corps celui qui se prête le mieux aux applications dentaires et surtout aux obturations.

Mais que de perfectionnements dans son emploi depuis l'or mou, condensé avec le maillet à main ! C'est d'abord l'emploi des maillets mécaniques ; maillet automatique, maillet à air comprimé, maillet électrique, méthode rotative, pour arriver enfin aux inlays d'or coulé, si étudiés en ce moment. Leur confection repose sur le procédé artistique de la cire perdue (car l'art dentaire emprunte ses procédés aux arts aussi bien qu'aux sciences). Les appareils employés permettent de fondre l'or introduit dans un moule qui représente la cavité à obturer, mais pour que le métal en fusion épouse exactement les moindres creux du moule, il faut exercer à sa surface une pression assez forte. C'est ici que nous voyons s'ingénier l'esprit des inventeurs. L'un exerce une pression au moyen de l'air comprimé arrivant dans une boîte qui coiffe le moule ; un autre utilise la force centrifuge pour faire refluer le métal contre le fond et les parois ; un autre enfin amène à la surface du métal fondu une petite quantité d'eau qui, se vaporisant brusquement, exerce une pression considérable. Peut-être même ce dernier phénomène est-il plus complexe et demande-t-il à être étudié de plus près ? Dans tous les cas, le résultat obtenu est très remarquable, très propre, très rapide ; il donne toute satisfaction à l'opérateur et au patient. Sans doute, l'or est un métal cher, tout le monde ne peut pas se payer de l'or. Mais les dentistes ont su lui trouver de nombreux succédanés pour les obturations ; ils arriveront certainement au même résultat pour les inlays, ils mettront ainsi cette merveilleuse invention à la portée de tout le monde et pourront en faire bénéficier même les indigents.

La géométrie elle-même trouve ici son application. N'est-

ce pas en se livrant à des calculs contrôlés par des observations cliniques et des mesures géométriques, que Bonwill est arrivé à l'énoncé de ses lois et à la confection de son précieux articulateur. En dentisterie opératoire et en prothèse, c'est un guide mathématique et sûr. Il a servi de point de départ à de nombreux appareils similaires, et les dentistes possèdent aujourd'hui des articulateurs physiologiques, reproduisant mécaniquement les mouvements du maxillaire, et des articulateurs inscripteurs, fournissant le graphique de ces mouvements.

De toutes ces applications, il est résulté pour le dentiste une conception très particulière de son art. Il n'hésite pas au besoin à recourir aux conseils ou aux avis d'un ingénieur. Nous l'avons vu dans une présentation récente, où un médecin-dentiste et un ingénieur civil avaient collaboré pour la confection d'un four dentaire avec régulateur nouveau. Aussi le dentiste, pour être complet, entend-il être à la fois dentiste, médecin, ingénieur et ouvrier d'art; il fait de la céramique, et de la céramique de choix, avec de la porcelaine, de l'ivoire et des métaux précieux. « En art dentaire, dit le Dr Claude Martin dans une conférence faite aux dentistes de Lyon, il faut être ingénieur et forgeron, architecte et tailleur de pierre. » « Il est certain que l'homme qui ne peut pas se servir de ses mains pour des travaux délicats, dit Kirk (de Philadelphie), est un dentiste incomplet » et, répondant à ceux qui veulent que le dentiste choisisse entre être homme de science ou mécanicien, il ajoute : « Qu'est-ce qui peut empêcher un mécanicien d'être homme de science ou un homme de science d'être mécanicien ? » *(Applaudissements.)* Quel vaste horizon s'ouvre devant l'étudiant ! On est presque tenté de dire, en paraphrasant le mot de Beaumarchais : « Avec toutes les connaissances que l'on exige, connaissez-vous beaucoup d'hommes qui soient capables d'être dentistes ? »

La multiplicité de ces connaissances et leur adaptation à un but très spécial rend nécessaire de les acquérir le plus tôt possible. « L'habileté manuelle nécessaire ne peut être

acquise que pendant cette période de souplesse physique qui est la jeunesse (Kirk). » C'est ce que les fondateurs de l'École dentaire ont compris depuis longtemps. Dès l'année 1887 ils organisaient un enseignement de la mécanique qui depuis a été en se développant constamment. Ce fut d'abord, dans ce petit appartement de la rue Richer, berceau de l'École dentaire, une conférence d'une heure par mois pour faire connaître aux étudiants les principes de la mécanique qu'ils auraient à appliquer plus tard. Puis, devant l'importance des applications électriques, l'enseignement de cette science devient indispensable et les conférences se transforment en un cours régulier de mécanique et physique appliquée. Bientôt enfin, la métallurgie proprement dite, ou étude des propriétés physiques et mécaniques des métaux, est détachée de la chimie et le cours devient celui que vous connaissez aujourd'hui, et qui sert de modèle à d'autres Écoles. Cette année même, l'École de Lyon a organisé elle aussi un cours de mécanique, physique et métallurgie appliquées, dont elle a emprunté à l'École de Paris et le titre et le programme, et la Direction l'a confié à un Chef des travaux de physique de la Faculté des sciences, c'est-à-dire à un professeur uniquement scientifique, qui n'est ni dentiste, ni médecin.

Aujourd'hui, mesdames et messieurs, cet enseignement des sciences accessoires est, si je puis m'exprimer ainsi, à un tournant de son histoire. La question de la réforme des études médicales et dentaires est à l'ordre du jour. Je laisse de côté le diplôme ou le certificat à exiger des futurs étudiants en dentisterie pour justifier de connaissances générales. Quel qu'il soit, il ne sera pas suffisant pour autoriser la cessation des études scientifiques.

Dans toute école technique d'ailleurs, un enseignement scientifique spécial est exigé. La Faculté de médecine envoie ces futurs étudiants travailler pendant un an à la Faculté des sciences, au laboratoire, c'est-à-dire d'une façon pratique, les sciences physiques et naturelles. D'autres écoles ne reçoivent leurs élèves qu'après une préparation spéciale et en leur faisant passer un examen sur un programme élaboré

par elles. D'autres enfin ont une année préparatoire dans laquelle elles façonnent à leur idée leurs futurs élèves.

C'est à cette dernière méthode que se sont rangés les dentistes ; c'est le moyen qui leur a semblé le meilleur pour former l'étudiant en vue des applications très spéciales auxquelles cet enseignement est destiné. Depuis plusieurs années, les Sociétés et Associations, les Congrès, les Fédérations nationale et internationale ont émis dans ce but des vœux nombreux et répétés. En 1900, le Congrès dentaire international de Paris a indiqué ce que devrait être l'éducation préliminaire du chirurgien-dentiste :

« Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes.

Une instruction scientifique.

Une instruction artistique et manuelle. »

La Fédération dentaire internationale, dans le programme d'enseignement qu'elle a adopté dans ses trois sessions de Cambridge, Stockholm et Madrid, a indiqué à peu près les mêmes obligations.

Pour répondre à ces vœux, l'éducation spéciale préliminaire de l'étudiant chirurgien-dentiste pourrait se faire au point de vue artistique et manuel, comme au point de vue scientifique, avant son entrée à l'Ecole, pendant ou après ses études classiques. L'enseignement primaire supérieur, où l'élève travaille à l'atelier le fer ou le bois et fait du modelage, nous donne un commencement de satisfaction. Il en est de même de l'enseignement secondaire, depuis qu'il a été réformé par les programmes de 1902 et que, sous l'impulsion du vice-recteur de l'Université de Paris, M. Liard, le travail manuel a été introduit dans les lycées. Mais, malgré tout, les nécessités de cette préparation préalable sont si spéciales qu'après avoir envisagé les divers procédés, l'Ecole dentaire a été amenée à transformer la première année de scolarité en année d'enseignement préparatoire, sorte de P. C. N. dentaire, comprenant : 1° l'enseignement scientifique de la physique et la mécanique, la chimie et la métallurgie, l'anatomie et la physiologie

humaines et comparées ; 2° un enseignement technique d'anatomie et de pathologie dentaire, de thérapeutique spéciale, de dentisterie opératoire et de prothèse, avec travaux d'atelier sur le bois, le fer, les métaux précieux et le modelage.

Mais cette année de P. C. N. suppose quatre années de scolarité et il semble difficile d'obliger les élèves à cette quatrième année. Après avoir examiné la question avec beaucoup de soin, la Société de l'Ecole dentaire s'est arrêtée à des dispositions qui sont en discussion en ce moment. D'après le nouveau projet, les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste doivent durer cinq années, savoir :

Deux années de stage dans le laboratoire d'un chirurgien-dentiste ou dans celui d'une école dentaire et trois années de scolarité dans une école dentaire. Transitoirement, le stage ne serait que d'un an pendant les deux premières années. Le programme répond à celui d'un P. C. N. dentaire complet, avec physique, mécanique, métallurgie et chimie appliquées, avec travaux pratiqués comprenant le dessin et le modelage appliqués à l'anatomie des dents, et la prothèse dentaire. Aujourd'hui l'Administration supérieure paraît disposée à adopter nos idées : un projet est à l'étude, dans lequel l'enseignement scientifique serait donné à l'école dentaire pendant les deux années de stage préliminaire, en même temps que l'enseignement technique préparatoire. Un examen de validation de stage, portant sur les matières théoriques enseignées, et en particulier sur la physique et la mécanique, la métallurgie et la chimie, serait exigé pour entrer en première année.

Nous déplorons ce soir l'absence de M. le Dr Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut, sénateur, qui devait présider cette cérémonie. Nous la déplorons doublement, puisqu'elle est due à une indisposition que nous espérons bénigne. M. le Prof. Lannelongue, après avoir visité l'Ecole dentaire et avoir vu fonctionner les différents services, a écrit un rapport dans lequel il fait droit à la plupart des desiderata des dentistes, et en particulier à

l'organisation d'un stage dentaire. Nous voulions l'en remercier et lui demander de nous continuer son précieux appui.

Mais nous voyons assis à sa place, au fauteuil présidentiel, M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, qui est pour l'Ecole dentaire un ami de la première heure, et qui en connaît bien les besoins et les aspirations. Nous savons que nous pouvons compter sur lui. L'autorité que donne à sa parole sa situation de directeur de l'Assistance publique, d'ancien membre du Parlement et d'ancien ministre, nous permet d'espérer qu'elle sera entendue, que nos vœux seront exaucés et qu'ainsi pourra être organisée d'une façon forte et féconde l'enseignement scientifique et technique préparatoire de l'étudiant chirurgien-dentiste. (*Applaudissements répétés.*)

PALMARÈS

Scolarité 1906-1907.

Année de perfectionnement

Élèves ayant obtenu le diplôme de l'École.

Épreuves théoriques et pratiques.

Session de juillet.

Maximum 72 points. Minimum 38 points.

Mlle	Pascalidès	68 1/2
MM.	Anahory	58 1/2
	Papazachariou	54
	Varoussiadès	53 3/4
MM.	le Dr Andréas	53 1/2
	Kyriéris	44 1/4
	Kramer	41 1/2

3e année.

Élèves ayant obtenu le diplôme de l'École.

Épreuves théoriques et pratiques

Session de juillet.

Maximum 150 points. Minimum 77 points.

MM.	Cottard	126 1/2
	Garnier	123 1/2
	Pénelet	123
	Frichet	121 3/4
Mme	Régis	119 3/4
MM.	Smadja	119
	Bayer	118 1/2
	Courcelles	117 5/6
MM.	Seitz	117 1/3
Mlles	Robert	117
	Gierzynska	116 1/2
MM.	Bouvier	116
	Cardi	114 1/2
	Sentenac	113 3/4
	Coën	113
Mlle	Athenas	112

MM. Tentchoff......... 111
Christen.......... 110 1/2
Guébel........... 110 1/2
Loyer............ 110 1/4
Ponthieu......... 110 1/4
Godefroy......... 110
Cagnoli.......... 109 1/2
Billet............ 108 5/6
Mlle Papazian......... 107 1/4
MM. Laurin............ 107
Le Juge de Segrais. 106
Demarquette..... 105 1/4
Bacri............ 104 1/4
Gravière.......... 103
Fraenkel......... 102 5/6
Mlle Durand.......... 102
M. le Dr Prost-Maréchal. 100
Mlle Gallo............. 99 1/3
M. Pachéco.......... 99 1/4
Mlle Raymond......... 97 3/4
MM. Tusseau.......... 97 3/4
Solas............. 95 3/4
Bandelier......... 95
Stadelmann....... 94 1/4
Auer............. 92
Morand........... 89 1/2
Cassan........... 89
Mlle Amichaud........ 86 3/4
MM. Nauphal.......... 86 1/4
Ihly............. 83 1/2
Chomont......... 82 5/6
Ladague.......... 77

Session d'octobre.

MM. Giret............ 113
Tamisier......... 87 1/2
M. Weiner. 82 3/4

CLASSEMENT

2e année.

Maximum 60 points. Minimum 25 points.

MM. Dumont........... 55 1/4
Schilliger.......... 51 1/4
Amory............ 48 1/2
MM. Jollivet............ 47
Fouquez........... 45 1/4

1re année.

Maximum 36 points. Minimum 17 points.

Mlle Dreyfus........... 35 1/4
MM. Raymond.......... 34 1/2
Maudry............ 34
Fonsèque......... 32 1/4
Mousis............ 31 3/4
Callaud........... 31
Lefèvre........... 30 1/2
M. Masrouby......... 29 3/4
Mlle Malteau........... 29 1/2
M. Loynel............ 29 1/4
Mlles Coulon............. 28
Hennecart......... 27 1/2
M. Jean (P.)......... 27 1/4

RÉCOMPENSES

4e année (année de perfectionnement).

Maximum 72 points. Minimum 38 points.

Mlle Pascalidès. — **1er Prix.**

Une médaille de vermeil.

3e année.

Maximum 150 points. Minimum 77 points.

M. COTTARD. — **1er Prix.**

Une médaille de vermeil offerte par M. le Ministre du Commerce.

Une médaille de vermeil offerte par l'École.

Un bon de 100 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, et offert par l'Association générale des Dentistes de France.

M. GARNIER. — **2e Prix.**

Une médaille d'argent offerte par l'École.

Un bon de 100 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, et offert par M. le Dr Godon, directeur de l'École.

M. PÉNELET. — **3e Prix.**

Une médaille de bronze offerte par l'École.

Un bon de 100 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par M. le Dr Sauvez.

M. FRICHET. — **1re Mention.**

Une pince Solbrig, avec les accessoires, offerte par M. Platschick.

Deux volumes offerts par M. le Préfet de la Seine.

Mme RÉGIS. — **2e Mention.**

Un maillet automatique offert par la Société coopérative des dentistes de France.

M. SMADJA. — **3e Mention.**

Une pince Solbrig, avec les accessoires, offerte par M. Platschick.

M. BAYER. — **4e Mention.**

Trois volumes offerts par M. le Préfet de la Seine.

Deux boîtes d'ampoules offertes par la maison Moreau.

M. COTTARD. — **Prix du Dispensaire.**

Un bon de 30 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'École.

M. SEITZ. — **Prix de prothèse.**

Une pince Solbrig, avec les accessoires, offerte par M. Platschick.

2e année.

Maximum 60 points. Minimum 25 points.

M. DUMONT. — **Prix.**

Un tour à fraiser, offert par la maison Ash.

M. SCHILLIGER. — **1re Mention.**
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

M. AMORY. — **2e Mention.**
Un bon de 20 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'École.

M. DUMONT. — **Prix du Dispensaire.**
Un bon de 25 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'École.

M. DUMONT. — **Prix de prothèse.**
Un appareil à estamper, offert par M. Geoffroy, chef de clinique.

1re année.

Mlle DREYFUS. — **Prix.**
Un bon de 50 francs d'instruments, offert par la maison Raymond frères.

M. RAYMOND. — **1re Mention.**
Un bon de 20 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'École.

M. MAUDRY. — **2e Mention.**
Un bon de 20 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'École.

M. RAYMOND. — **Prix du Dispensaire.**
Un bon de 25 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'École.

M. RAYMOND. — **Prix de prothèse.**
Un bon de 25 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'École.

NOUVELLES

Syndicat des Dentistes du Midi.

Un banquet a eu lieu le 30 novembre à Toulouse pour l'inauguration du Syndicat des dentistes du Midi. Au cours de ce banquet, le Syndicat a offert une médaille commémorative à M. Alaux, doyen d'âge des dentistes de Toulouse, qui se retire pour prendre un repos auquel lui ont donné droit 42 ans d'exercice.

Des toasts ont été portés par MM. Bonnet, Nux et Chemin.

Société coopérative des Dentistes de France.

Notre rédacteur en chef, M. Maurice Roy, président du Conseil d'administration de la Société coopérative, vient d'être nommé membre du Jury d'admission à l'Exposition franco-britannique de Londres 1908. (Classe d'économie sociale, coopération.)

Ecole dentaire de Paris.

L'assemblée générale annuelle de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu, comme nous l'avions annoncé, le mardi 10 décembre à 9 heures du soir.

98 membres étaient présents.

Après lecture et approbation des rapports du secrétaire général, M. Blatter, et du trésorier, M. Bioux, ainsi que du projet de budget pour 1907-1908, il a été procédé à l'élection de 10 membres du Conseil de direction pour 2 ans.

Ont été élus :

MM.	Loup.	90 voix	MM.	J. d'Argent	80 voix
	Pélissier	87 »		Lemaire	79 »
	Blatter	83 »		M. Renhold	76 »
	Bioux	83 »		G. Villain	75 »
	E. Sauvez	81 »		Geoffroy	74 »

27e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1907 VOL. XXXVIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

HYGIÈNE DENTAIRE

ÉTUDE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE

Par M. PROST-MARÉCHAL,

Médecin-major de 1re classe, D. E. D. P.

INTRODUCTION.

La circulaire de M. le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, prescrivant « l'organisation d'un service de stomatologie dans l'armée [1] », circulaire résumée succinctement dès son apparition par les journaux professionnels et de nombreux journaux politiques, a soulevé, parmi les dentistes, beaucoup d'enthousiasme à cause des espérances qu'elle fait naître.

Les médecins militaires encore en trop petit nombre, qui commencent à avoir des clartés sur l'importance des soins dentaires et sur leur valeur au point de vue de l'hygiène individuelle et générale, se sont réjouis aussi de cette heureuse innovation : ils appellent de tous leurs vœux la réalisation prochaine de cette organisation qui constituera un progrès réel dans l'action du service de santé militaire, pour la sauvegarde de la santé des hommes confiés à leurs soins.

Que sera cette organisation ?

La circulaire ministérielle ne la laisse que peu pressentir ; tout ce qu'elle apprend, c'est qu'il est créé au Val-de-Grâce *un service spécial de stomatologie pour développer chez les médecins militaires les connaissances techniques indispensables pour la surveillance et le traitement des affections dentaires.*

Je souligne à dessein ces lignes, prises dans le texte même de la circulaire.

1. On trouvera plus loin, p. 567, le texte complet de cette circulaire, que nous avons déjà annoncée dans notre numéro du 15 octobre dernier.

Beaucoup de dentistes, à l'apparition de cette circulaire, ont pensé qu'un corps de dentistes militaires allait être créé. Ils ont cru qu'ils n'avaient qu'à solliciter un emploi dans cette organisation et à offrir leurs services. Je crois savoir que quelques-uns ont même offert leurs services gratuitement. La *Revue de Stomatologie* ne craint pas de donner le conseil tendancieux de recourir aux médecins de réserve qui s'occupent de stomatologie. Cette organisation projetée, a soulevé à la Société d'Odontologie des discussions auxquelles j'ai pu assister.

Il m'a semblé qu'il était bon d'essayer de mettre cette question au point, et je livre aux confrères, ce qui me paraît être la vérité, en me basant sur les connaissances précieuses que j'ai acquises à l'Ecole dentaire de Paris, et sur les nécessités militaires inéluctables observées au cours d'une carrière de médecin militaire presque achevée.

Les cliniques dentaires doivent ressortir au service de santé.

Tout d'abord je dis : L'organisation des cliniques dentaires ne peut être confiée qu'au service de santé.

Je crois utile de rappeler en deux mots la situation du service de santé dans le groupement que la nation constitue aujourd'hui sous le nom « d'Armée Nationale ».

Les citoyens appelés sous les drapeaux sont pour la plupart instruits en vue du combat : ce sont des combattants. Les autres sont chargés de pourvoir aux besoins des premiers et forment les services de l'armée (service de l'intendance, service du génie, service de l'artillerie, service des poudres et salpêtres, service de santé). *Tous les services*, par destination même, doivent satisfaire à tous les besoins des *combattants*, en apportant en temps de paix le moins de gêne possible à l'instruction des élèves-combattants qui sont les soldats incorporés chaque année dans l'infanterie, la cavalerie, l'artillerie, le génie, le train des équipages. Le service de santé est chargé, lui, d'assurer *tous* les soins aux malades, et de veiller à l'application des lois de l'hygiène, pour lutter contre l'apparition des maladies et leur dissémination. C'est pour améliorer encore les conditions et les résultats de l'action du service de santé, que M. le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre vient de décider l'organisation des services dentaires dans l'armée.

Cette organisation nouvelle ressortit donc nécessairement au service de santé.

Action du service de santé dans l'armée. — Difficultés de la tache du médecin entrainant la nécessité de sa spécialisation militaire.

Or, examinons de plus près comment s'exerce l'action du service

de santé ; je n'entrerai pas dans le détail, mais je vais tâcher d'en faire comprendre les principes.

Le soldat malade, d'une part, a droit à tous les soins nécessaires à sa guérison ; le soldat valide, d'autre part, doit être protégé contre les maladies, par l'application des règles de l'hygiène. Le médecin militaire est là pour soigner le malade et conseiller les mesures d'hygiène utiles.

Pour cette double charge, il dispose des moyens thérapeutiques, et provoque l'application des mesures d'hygiène prophylactiques que la science actuelle déclare les meilleurs.

L'emploi de ces moyens n'a d'autres limites que celles qui sont commandées par les crédits votés par le Parlement, et par les nécessités de l'instruction militaire pour laquelle les citoyens sont appelés sous les drapeaux, mais ces limites ne peuvent être dépassées.

Les crédits demandés chaque année par le service de santé sont fixés d'après les nécessités probables. Ils sont soumis et revisés par le ministre d'abord, par le Parlement ensuite, qui les réduit souvent pour satisfaire aux possibilités budgétaires. Le bon médecin militaire sera celui qui obtiendra le maximum d'effet utile de ces crédits, et facilitera ainsi la tâche aujourd'hui si difficile du commandement, pour l'instruction rapide et complète des contingents annuels.

Pour atteindre ce but, pour arriver à remplir sa fonction d'une façon parfaite tout en complétant journellement ses connaissances médicales, le médecin militaire devra avoir appris à connaître, par de longues années d'observations et d'études au milieu de la troupe, dans toutes les circonstances de la vie militaire, les besoins du soldat, ses qualités, ses faiblesses. Il devra savoir combien, à tous les échelons de la hiérarchie, la mentalité et la résistance physique du soldat sont spéciales et variables suivant ses origines, son instruction, son éducation, son métier ; suivant les conditions morales et matérielles de sa garnison, suivant la valeur de son casernement, suivant l'effort de travail et de discipline qui lui est imposé.

Le médecin militaire devra acquérir aussi des notions justes sur les nécessités du commandement, sur les détails de l'administration militaire, sur ce qu'il est raisonnable de demander et possible d'obtenir pour lui permettre d'accomplir utilement sa tâche médicale, et devenir réellement le collaborateur indispensable et apprécié du commandement.

Cette instruction spéciale du médecin militaire ne s'improvise pas en quelques semaines : elle est toujours longue et difficile. Le commandement en a jugé ainsi, en interdisant aux médecins militaires de faire de la clientèle civile pour l'obliger à consacrer tout son temps à ses obligations multiples, et à parfaire ses connaissances techniques spéciales. C'est aussi pour atteindre le maximum de perfection dans

l'action du médecin militaire, que les fonctions de chef de service médical dans l'armée avec leurs responsabilités, ne sont données, habituellement, qu'à ceux dont la pratique et le travail ont mûri l'expérience.

Quelque longues que puissent paraître ces considérations préliminaires, elles m'ont semblé devoir être écrites, pour bien faire pénétrer dans l'esprit de tous les dentistes des idées suffisamment précises sur la difficulté de la tâche du service de santé, tâche à laquelle ils seront vraisemblablement appelés à collaborer dorénavant.

CONDITIONS QUE DEVRONT REMPLIR LES SERVICES DENTAIRES.

Ceci posé, cherchons comment il sera possible d'organiser les services dentaires dans l'armée. Ces services feront entrer en action utile une partie nouvelle de la science médicale. Par leur objet même, ils ne pourront que faire partie intégrante du service de santé. Pour ces motifs, les services dentaires devront se plier aux mêmes exigences que le service de santé.

Ils devront : 1° *Contribuer à la guérison de l'homme malade et à son hygiène particulière ainsi qu'à l'hygiène générale de la collectivité*: les services dentaires atteindront leur but *pendant le temps de paix*, s'ils donnent aux sous-officiers et aux hommes de troupe présents dans les régiments, des soins que réclament toutes les maladies aiguës des dents ; s'ils procurent à tous les militaires en traitement dans les hôpitaux militaires et les hôpitaux mixtes des soins dentaires suffisants pour les mettre, jusqu'à leur libération, autant que l'état actuel de la science dentaire le permet, à l'abri des maladies dépendant plus ou moins complètement du mauvais état de la dentition et de la bouche. Ils contribueront encore à l'hygiène particulière de l'individu et à l'hygiène générale de la collectivité militaire, s'ils donnent au soldat des *habitudes de soins* de la bouche et des dents, car, aucun médecin n'oserait mettre en doute aujourd'hui l'excellence de ces soins et de ces habitudes pour la santé générale, et pour a prophylaxie de la plupart des affections contagieuses.

2° *Les services dentaires devront accomplir leur tâche comme tous les autres organes du service de santé sans créer d'entraves ou de difficultés au commandement.* Pour cela, il faudra que les cliniques dentaires soient organisées de façon telle, que les desiderata exprimés au paragraphe précédent puissent recevoir satisfaction, et que, d'autre part, l'œuvre supérieure de l'instruction militaire, qui est la raison d'être de l'armée en temps de paix, n'en soit pas gênée. Les soins donnés ne devront interrompre que d'une façon exceptionnelle le travail de l'apprenti spécial qu'est le soldat.

C'est pour ce motif que les services dentaires devront être un organe de l'hôpital de la garnison. C'est là que l'homme de troupe

pourra trouver à toute heure, entre deux manœuvres, un soulagement immédiat. Enfin et surtout, comme organe d'hôpital, ces services pourront et devront donner des soins systématiques et aussi complets que possible, à tous les soldats en traitement qui se trouvent de ce fait immobilisés loin de leurs instructeurs militaires. Le bénéfice certain sera la diminution du nombre des journées d'indisponibilité qui pourraient dépendre plus tard, plus ou moins directement, du mauvais état de la bouche et des dents (pulpites, gingivites, stomatites, angines, périostites, otites, etc. [1]).

En raison même du nombre de malades à traiter à l'hôpital, les services dentaires seront souvent dans l'obligation de donner des soins *rapides*. Il faudra cependant que ces soins soient *suffisants;* il y a là une formule de soins délicate à chercher. La note juste ne sera trouvée que par la pratique. La même obligation de soins rapides et suffisants aux hommes non hospitalisés sera imposée aussi par une autre considération. Il ne faut pas oublier, en effet, que si une affection dentaire entraîne pour son traitement un temps un peu long, l'homme qui bénéficiera de ce traitement sera exempté d'une partie de son service, et que cette part de service qu'il accomplit, devra très souvent être faite par un de ses camarades (corvées, manœuvres, tour de garde). Il peut y avoir facilement des abus qu'il sera bon d'éviter pour protéger le soldat courageux et énergique, contre son camarade paresseux, qui trouvera toujours une carie dentaire à exploiter.

3° *Les soins dentaires devront être suffisants dans leurs résultats, et économiques dans leurs moyens.* On ne saurait admettre, en matière de soins à donner aux soldats, que ceux-ci ne soient pas, quand ils souffrent, soulagés d'une façon parfaite pour leur permettre d'accomplir leur tâche journalière d'instruction militaire, mais les soldats ne peuvent avoir la prétention de trouver, au régiment, des soins dentaires dont le bénéfice s'étendra beaucoup au delà de leur libération. La qualité des soins à donner à un soldat qui vient faire deux ans de service, ne saurait être celle qu'un civil va demander à son dentiste. Le soldat qui souffre doit être soulagé aussi vite, aussi bien, que le plus fortuné, ceci n'est pas discutable ; mais en matière de soins dentaires, on peut assurer le soulagement d'un soldat, la conservation de ses dents pour la durée du service militaire, dans les conditions de temps et d'argent bien différentes que celles que peut exiger un civil, qui demande à son dentiste le maximum de durée du bénéfice d'un traitement souvent dispendieux.

Il y a lieu, cependant, de faire une exception et de prévoir une thé-

1. En 1906, la statistique médicale de l'armée relève 1969 entrées aux infirmeries pour maladies des dents et 594 entrées aux hôpitaux pour le même motif. Les stomatites ont causé 577 entrées aux infirmeries et 202 aux hôpitaux.

rapeutique à plus longue portée, en faveur d'une catégorie de militaires spéciaux. Je veux parler des sous-officiers rengagés et des soldats de carrière (gendarmes, soldats rengagés). Ils sont très dignes d'intérêt, en raison de la grande tâche qu'ils accomplissent dans l'armée, et à cause de leur situation matérielle en général très modeste. On sera probablement amené, pour eux, à user de toutes les ressources de la dentisterie opératoire et même de la prothèse, quand cela sera indispensable. Ces serviteurs précieux passent, en effet, la plus grande partie de leur existence dans l'armée, et il serait peu généreux de la part de l'Etat, de ne pas les faire bénéficier de toutes les ressources de la thérapeutique dentaire.

Personnel a affecter aux services dentaires. Nécessité de sa militarisation.

Nous venons d'établir les desiderata auxquels doivent satisfaire les services dentaires dans l'armée. Cherchons maintenant à qui devront être confiés ces services.

Tout d'abord, il n'est pas possible, dans l'état actuel de notre organisation militaire, avec les lois existantes, que le personnel affecté à ces services ne soit pas militaire.

J'ai longuement insisté sur la nécessité d'avoir, pour le bon rendement du service de santé militaire, des médecins entraînés, spécialisés, par une longue pratique de la médecine dans ce milieu si spécial qu'est l'armée, dans ce milieu où l'action médicale, mal dirigée, pourrait être rapidement une cause de perturbation dangereuse, sinon de désorganisation totale en temps de paix [1].

Quelques-uns, peu versés dans la connaissance des nécessités du commandement, pourraient penser que la collectivité armée ressemble à toutes les autres collectivités, et qu'un médecin civil ou un dentiste civil pourraient y accomplir leurs devoirs professionnels d'une façon suffisante, comme dans un lycée, comme dans une administration. Il n'y a pas de parallélisme possible entre la collectivité armée et les autres collectivités (Associations, Sociétés, Administrations) en matière d'organisation de soins médicaux : en effet, le militaire appelé sous les drapeaux, paie à la fois un impôt de présence et de travail national, qui est sa part personnelle de collaboration à la défense nationale. Cet impôt est lourd et pénible pour tous ou presque tous, même pour les plus cultivés qui peuvent en comprendre, cependant,

1. « Nul de nous ne se risquerait à dire qu'un bon médecin civil peut, du » jour au lendemain, se métamorphoser en un excellent médecin militaire ; » celui qui conserverait de semblables illusions se préparerait de cruels mé- » comptes et de douloureuses déceptions. » Discours de M. le professeur Chatin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, 13 novembre 1907, au cercle militaire.

l'impérieuse nécessité. Aussi, toute l'organisation militaire a-t-elle pour but d'obtenir le meilleur rendement de cet impôt. Le service de santé doit être nécessairement tout entier militaire, car sa tâche de collaboration est des plus délicates, et en même temps des plus importantes, pour assurer la présence du plus grand nombre sur le rang, tout en sauvegardant les droits sacrés du malade. Un personnel civil affecté au service dentaire serait un personnel non engrené dans cette grande machine qu'est l'armée ; le commandement n'aurait aucune autorité sérieuse sur des dentistes civils, ceux-ci n'auraient d'autres lois que celle de leur conscience et celle de leurs intérêts, sans aucune responsabilité effective. L'action de ce personnel risquerait fort de n'être pas synergique de celle du commandement.

Mais, supposons pour un instant, qu'on ne veuille pas admettre qu'il soit nécessaire de militariser cet élément nouveau du service de santé, que sera le service dentaire. Supposons que cette militarisation soit considérée comme inutile pour assurer la synergie de son action avec le service de santé et le commandement ; en un mot, qu'on essaie de recourir aux dentistes civils, médecins spécialisés ou chirurgiens-dentistes.

Nous avons déjà exposé ce qu'il serait nécessaire de faire pour tirer tout le profit possible au point de vue de l'hygiène générale de l'armée, de l'organisation des services dentaires, et procurer à toute heure, le bénéfice d'un soulagement rapide à tout soldat venant réclamer des soins. Nous avons dit qu'il faudrait que le dentiste donnât, en effet, des soins systématiques et complets à tous les malades militaires en traitement à l'hôpital de la garnison. Ce n'est donc qu'à l'hôpital même, que devrait se trouver le cabinet dentaire ; c'est là que le dentiste devrait travailler et se tenir toute la journée. Comme conséquence, il faudrait rémunérer à sa valeur, c'est-à-dire chèrement, un travail aussi assujettissant, si le dentiste requis présentait des garanties professionnelles.

Cette organisation serait loin d'être économique et elle aurait le grave défaut d'être indépendante de toute action et de tout contrôle militaire.

Dans plusieurs garnisons, des dentistes offrent à leur cabinet des soins gratuits aux hommes, or, il arrive à peu près constamment, que le malade envoyé au dentiste pour éviter une extraction, en revient avec sa dent extraite. Le dentiste, en effet, s'il est un peu occupé ne quittera pas un client qui le fait vivre pour s'occuper d'un soldat souvent peu intelligent et insouciant, qu'il faudra convaincre d'abord de la nécessité d'un traitement long, et enlever non sans difficulté à l'instruction militaire. Aussi l'extraction que le médecin du régiment voulait lui éviter, est-elle immédiatement proposée, acceptée et pratiquée. Cette insuffisance des soins offerts gratuitement par les den-

tistes que le raisonnement pouvait faire prévoir a été démontré par l'expérience, non seulement en France mais en Russie; je relève en effet dans le discours prononcé en 1906 au Congrès dentaire de la Fédération internationale tenu à Genève, par Von Otto V. Klingelhöfer sur l'introduction de l'art dentaire dans l'armée et dans la marine, la phrase suivante: « Dans un but philanthropique, beaucoup » de dentistes russes prodiguent en temps de paix leurs soins gratuits » aux soldats ; mais il va de soi que ces soins ne sont pas suffisants, » qu'ils ne sont pas continus et qu'ils dépendent de bien des circons- » tances. » Le dentiste russe conclut pour cette raison à la nécessité d'un corps de dentistes militaires russes ayant le même rang que les médecins militaires et à l'utilisation des dentistes incorporés dans les régiments.

Voyons maintenant si le problème de l'organisation des services dentaires ne pourra pas être résolu plus simplement.

Que peuvent fournir les médecins militaires en fait de soins dentaires actuellement : rien ou presque rien à l'exception d'un petit nombre d'entre eux qui se sont intéressés à cette partie de la science médicale.

Ils n'ont pas pour la plupart reçu en effet jusqu'à présent d'instruction spéciale ; à peine les plus jeunes ont-ils eu quelques heures de cours théoriques au Val-de-Grâce, et ceux qui arrachent les dents d'une façon à peu près satisfaisante ont du mérite à le faire, si l'on tient compte de l'instrumentation dont ils ont disposé jusqu'à ces dernières années.

Faut-il créer des spécialistes parmi les médecins militaires ? Je ne le crois pas; j'estime avec beaucoup de mes collègues que le médecin militaire doit être utilisable à toutes les besognes médicales et chirurgicales en temps de paix et en temps de guerre. Le Val-de-Grâce n'a pas d'autre fonction que celle de développer et compléter l'enseignement que l'Ecole de Lyon, à côté des cours et cliniques de la Faculté conduisant au Doctorat en médecine, a commencé pour former le médecin militaire.

Immobiliser dans chaque garnison d'une façon complète dans cette spécialité de la bouche et des dents un médecin qui peut et doit rendre ailleurs tant de services, pour lesquels on l'a instruit, me paraît un luxe que le budget déjà si surchargé ne permet pas aujourd'hui. Cela représenterait en effet 280 médecins de plus à faire entrer dans les cadres, ce serait demander au Parlement, au pays, un effort financier qu'il n'accepterait pas. La démonstration de leur utilité n'est pas faite encore dans l'opinion publique.

Et puis des médecins spécialistes en art dentaire ne s'improvisent pas ; aucun des médecins qui s'occupent de stomatologie depuis longtemps ne me contredira, s'il veut être sincère. L'Ecole dentaire de

Paris impose deux années de fréquentation de ses cours et travaux pratiques aux médecins qui recherchent l'obtention du diplôme technique qu'elle délivre après examen. Les deux années d'études imposées par l'Ecole dentaire sont acceptées chaque année par quelques médecins qui n'hésitent pas à faire cet effort avant de se jeter dans la clientèle quand ils se rendent compte de l'étendue des connaissances nouvelles à acquérir et des difficultés techniques à surmonter. Ils prouvent l'excellence et la nécessité de cet enseignement prolongé, en recherchant ce diplôme de préférence à celui de chirurgien-dentiste d'Etat, cependant plus facile pour eux.

Je me crois donc en droit de conclure que la spécialisation en art dentaire d'un certain nombre de médecins militaires deviendrait une entreprise longue, si on voulait mettre à la tête des services dentaires de l'armée des médecins réellement qualifiés pour traiter eux-mêmes les malades. Ce n'est pas le Val-de-Grâce qui pourrait actuellement faire cet enseignement, alors que l'Etat n'a pas cru devoir, pour les chirurgiens-dentistes, assumer à la Faculté de Paris cette charge tant elle est complexe.

Enfin il est fort à craindre que les démissions des médecins militaires que l'armée a intérêt à éviter deviendraient fréquentes parmi ceux qu'on aurait laissés se spécialiser et exercer pendant quelques années leur habileté technique.

Nécessité d'utiliser les chirurgiens-dentistes appelés sous les drapeaux.

Nous arrivons au terme du problème. Nous avons essayé de montrer de quelle imperfection serait entachée l'organisation des services dentaires de l'armée s'ils étaient dirigés par un personnel non militaire ; nous avons donné les raisons qui s'opposent à la spécialisation des médecins militaires, mais nous n'avons pas envisagé encore l'utilisation des chirurgiens-dentistes appelés sous les drapeaux. La loi de recrutement de 1905 instituant le service de deux ans prévoit l'utilisation médicale des étudiants en médecine, des vétérinaires faisant partie du contingent annuel. Il paraît logique d'utiliser de même les chirurgiens-dentistes. On pourrait remplir en effet ainsi presque toutes les obligations auxquelles les services dentaires doivent satisfaire et que nous avons formulées au commencement de ce travail. La valeur technique des chirurgiens-dentistes ne peut être mise en doute puisqu'ils ont droit à l'exercice légal de leur profession de par leur diplôme d'Etat, droit dont quelques-uns ont déjà usé avant leur incorporation ; on ne saurait sans malveillance méconnaître la valeur des connaissances que représente ce diplôme si on veut bien la mesurer aux services sans nombre que les chirurgiens-dentistes ont rendu à la société.

Plusieurs objections peuvent être soulevées, on dira d'abord que ce sont de simples soldats, qu'ils manqueront d'autorité et qu'ils ne pourront assumer de responsabilité. Cela est exact, et pour y remédier, il suffira de les adjoindre aux médecins militaires et de rendre ceux-ci responsables de la bonne marche des services, en un mot il suffira de leur confier les malades, sous la direction et la surveillance des médecins militaires. Pour que les résultats soient fructueux, il faudra que les médecins militaires reçoivent des notions suffisantes d'art dentaire, de stomatologie, pour pouvoir assumer ces responsabilités et cette direction. La circulaire de M. le sous-secrétaire d'Etat du 10 octobre 1907 vient d'instituer au Val-de-Grâce : *Un enseignement de la stomatologie auquel est affecté un médecin-major chirurgien-dentiste pour les démonstrations théoriques et pratiques et pour le traitement des malades.* Cet enseignement fatalement un peu rapide au Val-de-Grâce, en raison même de la multiplicité des cours déjà estimés nécessaires, pourra, par la suite, être commencé à l'Ecole de Lyon, si cela est reconnu indispensable, comme je le crois. Il faudra que cet enseignement technique soit suffisant pour permettre au médecin, qui sera responsable du service, d'apprécier la valeur des soins donnés par le chirurgien-dentiste mis à sa disposition, et de faire bénéficier celui-ci et son œuvre pour le plus grand bien des malades, des connaissances médicales plus complètes qu'il possède, de son autorité morale et militaire auprès du troupier malade et du commandement. Je comparerai assez volontiers l'action que devra avoir là le médecin militaire à celle du médecin attitré et estimé d'une famille, chargé de choisir un chirurgien pour décider d'une opération, pour assister le chirurgien et prendre sa large part de responsabilité.

Une autre objection, militaire celle-là, peut être faite à l'utilisation des chirurgiens-dentistes. L'autorité militaire pourrait reprocher à ce système d'éloigner du rang des combattants tout ce personnel nouveau affecté aux soins des malades. Il faudra compter, en effet, un cabinet dentaire par garnison, par conséquent un chirurgien-dentiste par garnison, deux ou trois dans quelques garnisons à gros effectifs, mettons trois cents en chiffres ronds. Il est facile de répondre à cette objection que malgré la perte apparente de trois cents fusils le pays y trouvera son compte. Il faut réfléchir, en effet, au but qu'on se propose d'atteindre par l'organisation de ces services dentaires ; tous les médecins sont convaincus d'avance, et on doit leur faire confiance, jusqu'à preuve du contraire, que le bon fonctionnement de ces services fera abaisser sûrement et notablement la morbidité militaire, le déchet immédiat et lointain dus aux maladies liées à la mauvaise hygiène buccale. Si l'on veut bien faire le décompte des hommes qui sont chaque année exemptés du service

militaire ou versés au service auxiliaire à cause de leur mauvaise dentition, et considérer que beaucoup d'entre eux pourvus d'un appareil de prothèse dentaire pourraient être incorporés et utilisés comme combattants, on estimera sans doute avec nous, en présence des graves problèmes d'avenir qu'a créés notre faible natalité, que l'affectation de ces trois cents chirurgiens-dentistes aux sections d'infirmiers auxquelles leurs connaissances médicales les prédestinent normalement est impérieusement justifiée et commandée.

Les trois Facultés de médecine, Paris, Lyon, Bordeaux, ont fourni, l'an dernier près de 150 chirurgiens-dentistes, parmi lesquels un petit nombre seulement doit avoir déjà satisfait à la loi militaire. Avec ceux des Facultés de Nancy, Montpellier, Lille et Toulouse, dont je n'ai pas le nombre, on voit qu'il serait facile de remplacer au départ de la classe, chaque année, les chirurgiens-dentistes libérés. Donc, pas de difficultés du côté du recrutement du personnel technique.

Matériel des cliniques dentaires.

Reste la question du matériel : celle-là est épineuse parce qu'elle se traduit par de l'argent. Mais on ne fait rien avec rien, et si l'on veut obtenir de l'installation des cliniques dentaires le bénéfice qu'on est en droit d'espérer, il faudra d'abord donner une instrumentation sinon luxueuse, du moins suffisante. On ne fait cette chirurgie spéciale, pas plus que l'autre, sans une bonne instrumentation, et il faudra avoir le courage de dépenser ce qui est nécessaire, et ne pas tomber encore là, dans cette erreur commune à beaucoup de médecins, qui consiste à croire, qu'on peut en cette matière, faire de la bonne besogne avec des moyens de fortune ou des instruments surannés, bons à classer dans un musée historique. Que ceux qui hésitent devant la dépense à faire veuillent bien considérer les résultats à atteindre et me permettre d'invoquer encore notre faible natalité qui doit être pour nous un spectre. Ils concluront avec moi, que quelques régiments, à l'heure du danger, valent bien une première mise de fonds de quelques centaines de mille francs.

C'est en effet, à réaliser ce beau résultat que tendra cet organe nouveau du service de santé s'il fonctionne bien. Il diminuera d'abord la morbidité des hommes incorporés, il laissera à beaucoup d'entre eux ces précieuses habitudes d'hygiène buccale qui constituent peut-être une des parties les plus importantes de la bonne hygiène individuelle, et aidera ainsi à la sauvegarde de nos réserves. Ce résultat pourrait apparaître comme trop lointain et incomplètement démontré encore, mais qu'on veuille bien se reporter à ce que je disais plus haut, et voir le chiffre élevé d'hommes que rendrait chaque année au service actif les cliniques dentaires, en restaurant l'ap-

pareil masticateur de tous ceux que leur mauvaise dentition ou mauvais état de leur bouche exemptent de tout service ou font classer dans les services auxiliaires.

En compulsant les vieilles statistiques de l'armée, je trouve les chiffres instructifs suivants :

	EXEMPTION DU SERVICE MILITAIRE	
	Perte des dents	Maladie de la bouche
Année 1886...	610	105
— 1887...	538	92
	CLASSEMENT DANS LE SERVICE AUXILIAIRE	
	Perte des dents	Maladie de la bouche
Année 1886...	768	80
— 1887...	516	42

Soit une perte de 1.555 hommes pour l'année 1886 et une perte de 1.188 hommes pour l'année 1887. Il est vrai que ces chiffres ne sont pas ceux qu'on retrouve tous les ans [1]. Ils doivent représenter en 25 ans, en tenant compte des déchets pendant cette période, une perte de plusieurs régiments pour l'armée.

Nécessité de la prothèse. Sa limitation.

Ceci m'amène à dire, en terminant, quelques mots sur la délicate question de la prothèse.

Je résume mes conceptions sur ce chapitre en quelques mots. Je viens de dire qu'il faudrait faire des restaurations dentaires complètes ou presque complètes chez les hommes qui échappent à cause de leur mauvaise dentition à l'impôt de la loi militaire. Personne ne con-

1. C'est ainsi que je relève en 1906, première année de fonctionnement de la loi de 2 ans :

	Classés au service auxiliaire.	Exemptés de tout service.
Denture défectueuse....................	292	89
Maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage...........................	14	87

testera cette nécessité si nous arrivons ainsi à augmenter nos effectifs de quelques milliers d'hommes. On dépense en journées d'hôpital pour opérer un hernieux et le rendre valide, plus qu'on ne dépensera pour donner un dentier complet à un homme qui, arrivé au régiment sans dents, est impropre de ce fait au service de guerre. S'il n'y a pas d'hésitation possible pour les hommes de cette catégorie, il n'en est plus de même pour les autres qui viennent passer deux ans au régiment avec des dents en assez grand nombre pour assurer leur alimentation et la conservation de leur santé générale. A ceux-là, l'Etat ne doit rien que des soins, et il ne saurait s'engager dans des frais pour les pourvoir d'appareils de prothèse qui ne sont pas indispensables à l'âge du service actif. Les dents que des hommes *normalement* incorporés apportent au régiment seront soignées et la conservation en sera autant que possible assurée. C'est tout ce qu'il conviendra de faire. J'en excepte les rengagés (sous-officiers et soldats) pour lesquels on pourra user de toutes les ressources de la prothèse et de la thérapeutique pour les raisons de premier ordre que j'ai dites plus haut [1].

Enfin, il n'est pas douteux que l'Etat devra se charger de la prothèse restauratrice pour ses mutilés de la mâchoire, de la tête et de la face, et user de toutes les ressources que présente cette branche de la prothèse illustrée en France, par les Martin et Delair.

Je joins à mon travail, à propos des mutilés, un document statistique inédit : je le dois à l'obligeance de M. le médecin principal Follenfant, qui eut l'heureuse fortune d'être envoyé en mission d'étude à l'armée russe, pendant la guerre russo-japonaise. La question des soins aux mutilés de la face et des mâchoires a été abordée, dans le rapport de M. Von Otto V. Klingelhöfer, au Congrès dentaire international de Genève de 1906 et a servi de base à son projet d'organisation de services dentaires dans l'armée russe. J'invoque à mon tour les chiffres éloquents de blessés du crâne et de la face pendant cette guerre, il se décompose ainsi :

CRANE	Parties molles........	par armes blanches..........	43
		par armes à feu.............	694
	Fractures............	par armes blanches..........	71
		par armes à feu.............	265
FACE	Parties molles........	par armes blanches..........	16
		par armes à feu.............	473
	Fractures............	209 dont les 2/3 au moins intéressant le maxillaire.	

Sur 20.598 blessés, du 28 janvier 1904 au 1er janvier 1905 (centres hospitaliers, de Karbine, Foulardi, Tchita, Strekensi, Quan-chantzi.

1. Voir page 551.

Si [1] nous ne retenons que le chiffre des fractures précisées dans ce tableau, nous voyons que l'intervention du dentiste prothésiste eut été très probablement d'un grand secours immédiat aux chirurgiens dans nombre de cas.

Cette constatation démontre encore l'impérieuse nécessité de l'organisation rapide des services dentaires, et de l'installation de quelques laboratoires de prothèse.

Je dis à dessein quelques laboratoires de prothèse, un très petit nombre pour ne pas multiplier les frais et créer des emplois dispendieux. Un laboratoire de prothèse ne saurait à mon avis être confié à de jeunes mécaniciens incorporés et renouvelés tous les deux ans. Il faut dans les laboratoires de prothèse une expérience, une méthode et une rigueur de surveillance absolues, si l'on veut éviter qu'ils ne deviennent un gouffre à dépenses, je n'apprends là rien de neuf aux dentistes. Il faudrait donc en confier la direction à ceux des bons mécaniciens qui consentiraient à rengager, et pour les retenir dans l'armée, peut-être serait-il désirable qu'on leur fit une situation analogue à celle des maîtres ouvriers (maître armurier, maître tailleur, etc.).

Il faudra être prudent dans l'organisation des laboratoires et ne les installer que successivement, après constatation du rendement du premier qui sera ouvert. On devra s'entourer de garanties pour le choix du personnel. Il faudra aussi organiser un ou deux de ces laboratoires, de façon telle qu'ils soient mobilisables le jour d'une déclaration de guerre et qu'ils puissent être affectés aux deux formations sanitaires fixes les plus rapprochées du théâtre des opérations, où pourront être évacués ces blessés spéciaux de la face et du crâne.

Conclusions.

J'arrive aux conclusions que je crois pouvoir formuler ainsi. Les services dentaires de l'armée nécessiteraient :

1° Deux cliniques d'instruction pour les médecins militaires, l'une à Paris à l'hôpital du Val-de-Grâce (celle-ci a été récemment créée), l'autre à Lyon, à côté de l'Ecole du service de santé ;

2° Comme matériel : un cabinet dentaire bien installé à l'hôpital militaire de chaque garnison, et quatre ou cinq laboratoires régionaux de prothèse installés successivement ;

3° Comme personnel : *A*. Un ou plusieurs chirurgiens-dentistes, suivant l'effectif de la garnison, pris dans les hommes incorporés et mis à la disposition du médecin militaire responsable du service dans

1. Il y a eu du 10 février 1901 au 10 mars 1905, 122.690 blessés sur 560.000 hommes ayant effectivement combattu pendant cette période ; ces chiffres (Caducée du 2 février 1907, Follenfant) donnent une idée de la besogne spéciale qui incomberait aux dentistes si on les compare aux chiffres ci-dessus pour en déduire le nombre des blessés du crâne et de la face.

chaque hôpital. *B.* Un mécanicien-dentiste, soldat rengagé comme chef de chaque laboratoire de prothèse, ayant à sa disposition un ou plusieurs autres mécaniciens, pris parmi les soldats de deux ans du service auxiliaire.

Je crois devoir, pour éviter toute équivoque, déclarer, en terminant cette étude, que les idées qui y ont été émises me sont personnelles. Elle n'a été écrite qu'après de longues heures de réflexion, avec l'unique désir de travailler au bien général sans autre considération.

Si les conclusions auxquelles j'aboutis étaient adoptées par le commandement, il me semble que le but que s'est proposé M. le sous-secrétaire d'Etat serait atteint sans trop de frais, par rapport au résultat obtenu. De plus, les médecins militaires devraient se réjouir, car ils auraient là une nouvelle occasion de travailler pour le bien du soldat auquel ils ont voué leur vie.

Cette organisation donnerait aux jeunes débutants dans la profession, aux chirurgiens-dentistes, la possibilité de mettre en œuvre et de faire apprécier leur activité, leur habileté et leurs précieuses connaissances techniques. Ils arriveraient rapidement, sous la tutelle bienveillante des médecins militaires, à conquérir par les services qu'ils rendraient, une place méritée dans ce corps social qu'est l'armée, et à justifier la création souhaitée, par beaucoup, d'un corps spécial de dentistes militaires.

Si les chirurgiens-dentistes débutaient ainsi modestement dans l'armée, ils auraient au moins le mérite d'avoir préparé cette organisation. Ils seraient aussi les artisans incontestés d'une heureuse modification dans les habitudes d'hygiène individuelle, pour le plus grand profit de la santé publique, pour le plus grand bénéfice moral et matériel de leur profession.

UN SERVICE DENTAIRE AU 79e D'INFANTERIE

Nous recevons de M. Blot, médecin-major au 79e régiment d'infanterie, la lettre suivante, que nous sommes heureux de publier :

Nancy, 8 décembre 1907.

Monsieur le Directeur de *L'Odontologie*,

Je lis dans votre dernier numéro les vœux que vous exprimez au sujet de l'organisation d'un service dentaire dans l'armée et de l'utilisation des chirurgiens-dentistes au régiment. Permettez-moi de vous faire connaître à ce sujet ce qui existe au 79e régiment d'infanterie, à Nancy, depuis décembre 1906.

Grâce au vif intérêt pris à la question par mon chef de corps M. le colonel Couturier, j'ai pu organiser un service spécial traitant toutes les affections dentaires du soldat dans, je crois, les meilleures conditions possible : pansement, obturation, extraction sous anesthésie, même complète le cas échéant ; avulsion de racines et nettoyages de bouches nécessités par des traitements spéciaux, ou réalisant la prévention des abcès, phlegmons et amygdalites suivis d'un si grand nombre de journées d'indisponibilité ; inspection sanitaire buccale lors des visites de santé mensuelles ; fixation d'heures de consultation à cabinet ouvert, en dehors du service ; prothèse et délivrance d'appareils, au prix de revient, aux hommes sur la limite de la réforme pour mauvaise dentition ; enfin, éducation du soldat au point de vue de l'hygiène de la bouche et délivrance éventuelle de poudre dentifrice. En outre, par le conseil ou l'habitude des moyens de propreté buccale, nous pouvons penser arriver à la prophylaxie de certaines angines, voire même parfois de maladies contagieuses éruptives.

Accessoirement, nous assurons l'alimentation à titre temporaire, grâce au régime spécial de l'infirmerie, des hommes que leur mauvaise dentition prive de l'usage normal de la nourriture du soldat, et ceci, sans qu'ils interrompent leur service.

Quel est le fonctionnement de notre organisation ? Elle comprend naturellement un personnel et un matériel spéciaux, et a besoin de médicaments ou fournitures ; elle vit sur des ressources particulières.

Personnel. — Curieux des choses de l'art dentaire, ayant fréquenté l'École dentaire de Nancy avec l'autorisation bienveillante de M. le Docteur Rosenthal, mais trop occupé par le service d'un régiment à effectif présent de 2.300 hommes pour nous y adonner, nous avons été très heureux de trouver dans le recrutement de la classe 1905 deux chirurgiens-dentistes diplômés, l'un de Paris, l'autre de Nancy,

possédant au point de vue militaire — ce qui a son importance en permettant leur spécialisation hâtive — le brevet d'aptitude qui autorise leur nomination rapide du grade de caporal, et nous cherchâmes à installer l'un d'eux à poste fixe à l'infirmerie. Votre ancien élève préféra poursuivre ses galons de sous-officier, pour passer par la suite officier de réserve. L'autre, Petit, ancien aide de clinique de l'Ecole de Nancy, fut demandé et désigné comme infirmier — auxiliaire d'abord, titulaire ensuite — afin d'avoir une situation militaire définie et inattaquable, et nous apporta une collaboration précieuse et compétente. Le régiment lui est très reconnaissant de son concours, particulièrement en ce qui concerne l'apport de ses nombreux instruments, car nous étions, au début, à peu près dépourvu de tout matériel vraiment utile. Les nécessités du service l'ont fait souvent participer au travail journalier des infirmiers de salle ou d'extérieur, mais outre qu'au point de vue médical son instruction générale n'a pu qu'y gagner, je ne crois pas que, spécialisation à part, il puisse y avoir dans les régiments, d'ici longtemps, une situation autre pour les chirurgiens-dentistes arrivant au régiment par le sort, qui soit mieux définie et meilleure que celle qui les rattache ainsi au service de l'infirmerie, où comme partout, chacun peut se faire sa place par ses qualités de caractère et d'intelligence.

Les malades sont dirigés de la visite sur le cabinet dentaire, ou convoqués à la suite de la visite de santé mensuelle ; ils se présentent isolément, consultants libres, les mercredi et samedi après-midi, ou les mardi et vendredi après la soupe du soir. Les soins sont donnés tous les jours de huit à dix heures et de deux à cinq heures, sauf le vendredi, jour de marche du régiment, et les jours d'exercice, nombreux en été.

Local. — C'est une chambre de l'infirmerie (ancienne chambre de deux malades), au premier étage, pourvue d'un fauteuil simple à têtière avec bascule, et accessoires ; d'une armoire, d'une table, de rayons pour les solutions ; elle est éclairée à l'électricité, et va recevoir incessamment un fourneau à gaz. Cette pièce sert aussi pour les examens des yeux et des oreilles.

Matériel. — Il comporte la très courte liste des instruments du matériel réglementaire des infirmeries, tout d'abord (daviers d'un modèle trop ancien, sonde, fouloirs, burin) ; puis ceux que nous avons dû acheter, remplaçant ceux dont nous n'avons pas obtenu la délivrance sollicitée en mars dernier, et compris dans la boîte n° 7 de l'Arsenal chirurgical de 1894 (cette boîte est réservée aux hôpitaux).

1 brunissoir.	1 excavateur.
1 burin.	12 fraises.
9 daviers divers.	1 grattoir.
1 élévatoire.	2 limes rondes.

6 limes plates.
1 miroir.
1 poire.
1 porte-fraise.
1 sonde.
2 spatules.
gutta.

Les ressources du Service de Santé peuvent fournir encore à une installation dentaire, les objets réglementaires suivants : lampe à alcool, fourneau à gaz, stérilisateur, abaisse-langue, seringue hypodermique, ouvre-bouche. Il ne reste plus, pour être monté du nécessaire, qu'à acheter (à peu près),

1 tour.
1 angle.
1 seringue à eau.
25 fraises et forets.
4 mandrins.
12 brosses à pinceau.
1 brosse acier.
3 meules carborundum.
1 ciseau émail.
12 tire-nerfs.
1 brucelle.
6 instruments pour plombage.
2 fraises à finir.
2 fraises à canaux.

dont l'acquisition demande environ 120 francs, et l'on sera outillé pour le travail journalier simple.

Médicaments et fournitures. — Ils sont tirés des ressources du Service de Santé pour les articles suivants :

Acide arsénieux.
» chlorhydrique.
» chromique.
» phénique (solut. et crist.).
» pyrophosphorique.
Alcool à 95°.
» dénaturé.
Benjoin.
Chloral.
Chloroforme.
Chlorure d'éthyle.
Créosote.
Chlorure de zinc.
Ether.
Eau oxygénée.
Essence de girofle.
Formol.
Menthol.
Morphine.
Oxyde de zinc.
Sulfate argent.
Carbonate de chaux.
» magnésie.
Coton, gaz, soie.
Alliage pour obturer les dents.
» argent et étain.
Etain en feuilles.
Or en feuilles.
Gutta.
Mercure.
Sandaraque.

et l'achat ne doit guère se porter que sur des fournitures telles que : disques à polir, bois de hickory, ciment Harvard, amalgame Dibble.

En ce qui concerne la Prothèse, elle a été jusqu'à présent fournie par un chirurgien-dentiste de Nancy au prix de revient, c'est-à-dire à des conditions tout à fait favorables à son développement dans le milieu militaire qui doit toujours chercher le minimum de dé-

pense ; mais ici on pourrait, dans une installation définitive, envisager deux alternatives, selon que l'achat ou non d'un vulcanisateur serait reconnu nécessaire ; la nomenclature du Service de Santé pouvant offrir encore certaines ressources en instruments (pinces, cisailles, marteau, étau, etc.) et en fournitures (plâtre à mouler, etc.), il ne reste plus à acheter que les porte-empreintes, brucelles, échoppes, grattoirs ; la cire et les caoutchoucs, les dents, soit une dépense de première installation montant à une soixantaine de francs, auxquels, si l'on veut un vulcanisateur, il faut ajouter 90 francs environ.

Quant à nos *ressources*, elles sont depuis peu de temps devenues régulières et très précises : or c'est ici le point capital, car malgré toutes les facilités venant des bonnes volontés que l'on trouve si fréquentes dans le milieu militaire, on ne fait rien sans argent. L'intérêt témoigné par M. le Colonel Couturier à notre organisation naissante lui a fait consacrer une somme mensuelle déterminée, prise sur une source de revenus qui, venant des hommes même, ne peut en effet être mieux employée que pour leur bien-être : je veux parler des bonis faits par les Coopératives des compagnies. Par décision du 28 novembre, M. le Colonel Couturier écrivait :

« Cabinet dentaire. — Pour avoir un bon estomac, conserver sa santé et vivre vieux, il faut avoir de bonnes dents. Celles-ci ne se conserveront que par des soins constants. En créant au régiment un cabinet dentaire, le docteur Blot et l'infirmier Petit ont donc rendu à tous un signalé service. Mais ce cabinet qui va jusqu'à pouvoir donner des dentiers à des hommes qu'il eut fallu réformer à cause de leur mauvaise dentition ne peut fonctionner sans subsides. Ceux-ci lui seront fournis par les Coopératives. Dans ce but, chaque Coopérative versera 5 francs par mois... Les soldats, caporaux et sous-officiers non rengagés recevront des soins gratuits. Il en sera de même pour les sous-officiers rengagés, sauf pour les obturations par amalgame ou or. »

Depuis un an, malgré les exigences d'un service médical très chargé et malgré l'exiguïté initiale de nos ressources parfois décourageante, nous avons fonctionné pour notre régiment et les régiments voisins, 37e d'infanterie et 5e hussards, et pratiqué, en nous bornant au plus urgent :

DATES	EXTRACTIONS (avec ou sans anesthésie locale)	EXTRACTIONS sous chloroforme	NETTOYAGES spéciaux	GUTTAS	AMALGAMES	CIMENTS	AURIFICATIONS	APPAREILS DE PROTHÈSE
Décembre 1906..	75	1	1	8		3		
Janvier 1907.....	90	1	3	14	5	7		
Février.........	105		2	12	5	4		1 de 11 dents.
Mars...........	79	1	2	17	3	1		
Avril...........	80		2	22		3	3	1 de 5 dents après traumatisme.
Mai............	63		5	15	8	3	1	2 { 1 de 4 dents. 1 de 8 dents.
Juin............	25		2					
Juillet..........	41		2	8	3	1		
Août............	48			6	2	4		
Septembre......	32				2	1		1 de 8 dents.
Octobre........	105		5	22	8	8	1	
Novembre......	110	1	2	18	5	7	1	

Encouragé par ces bons résultats et l'intérêt qui nous a été témoigné par tous nos chefs avec une si grande bienveillance, nous nous proposons maintenant d'utiliser nos ressources dans la mesure la plus large possible pour la diffusion des soins dentaires, et nous avons dans la classe récemment incorporée, pour la Prothèse seulement, du travail en perspective (une vingtaine d'appareils).

Nous avons l'intention de demander qu'il soit désigné pour l'arrivée de la classe prochaine, un chirurgien-dentiste diplômé, qui continue, ce qui lui sera aisé, toutes les difficultés étant aplanies, le service organisé au 79e avec le concours de Petit.

A ce sujet, je ne crois pas que dans les places comme Nancy il y ait intérêt à ce que chaque régiment, malgré son effectif considérable, ait un dentiste. Pour que la situation de ce jeune homme soit bien assise, et pour que les frais d'installation soient facilement engagés il faut que ce dentiste soit occupé d'une manière constante, et que son utilité devienne nécessité ; autrement les services qu'il serait appelé à rendre de temps en temps ne permettraient ni de le spécialiser dans le milieu militaire, ni de lui affecter un local et un matériel particuliers venant augmenter ceux dont les médecins ont la charge.

Il nous semble donc actuellement qu'il serait avantageux pour tous qu'il y eut par division ou brigade (ou effectif correspondant) un cabinet dentaire bien installé pouvant aller jusqu'à la prothèse inclusivement.

Recevez, je vous prie, monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr Blot.

CIRCULAIRE RELATIVE A L'ORGANISATION D'UN SERVICE DE STOMATOLOGIE DANS L'ARMÉE

Direction du Service de Santé : Bureau du Matériel, de la Comptabilité et des Invalides. — N° 60.

Extrait du « Bulletin officiel du Ministère de la Guerre », n° 43, du 4 novembre 1907. — Partie réglementaire.

Paris, le 10 octobre 1907.

L'hygiène moderne a démontré l'importance considérable qu'on doit accorder aux soins de la bouche et des dents. Jusqu'ici, on s'est peu occupé de cette question dans l'armée, où cependant les journées d'indisponibilité pour lésions dentaires atteignent un chiffre élevé. En 1903, notamment, les affections des dents ont entraîné l'hospitalisation de 1.845 soldats, avec 18.639 journées de traitement. De plus, les maladies et l'évolution vicieuse des dents donnent lieu parfois à des complications qui nécessitent des interventions chirurgicales sérieuses, alors que ces complications pourraient être en grande partie évitées par une surveillance attentive et par des soins donnés en temps opportun.

Il importe donc de développer chez les médecins militaires les connaissances techniques indispensables pour la surveillance et le traitement des affections dentaires.

D'autre part, ces connaissances doivent trouver leur application dans les corps de troupe, où il importe du reste de prendre dès maintenant certaines dispositions d'une application pratique.

L'organisation nouvelle ne permettra pas seulement d'éviter à l'avenir bien des journées d'indisponibilité. Elle aura pour avantage de donner aux jeunes soldats des habitudes d'hygiène qu'ils conserveront après le régiment et qu'ils pourront répandre autour d'eux pour le plus grand bien général.

En vue de préparer l'application à l'armée du service spécial de stomatologie dont l'organisation est ainsi décidée, le sous-secrétaire d'Etat prescrit :

1° Qu'il sera donné au Val-de-Grâce un enseignement de stomatologie.

A cet effet, un médecin-major de 1re ou de 2e classe, pourvu du diplôme d'une école dentaire de Paris ou du diplôme de chirurgien-dentiste d'une Faculté de médecine, sera mis à la disposition du professeur de diagnostic chirurgical spécial, pour les démonstrations théoriques et pratiques à faire aux médecins aides-majors élèves et aux médecins stagiaires, ainsi que pour le traitement des malades ;

2° Dans les corps de troupe, au moment de l'incorporation, les médecins chargés de la visite procéderont à l'examen de la bouche et des dents de chaque soldat, et mentionneront le résumé de leurs constata-

tions au recto d'une fiche individuelle, dite *fiche dentaire*, établie conformément au modèle ci-annexé.

Des examens ultérieurs seront pratiqués régulièrement tous les trois mois, et leurs résultats consignés dans les colonnes spéciales de la fiche précitée.

Afin d'apporter le moins de gêne possible dans l'exécution du service, il conviendra, pour procéder à ces visites, de profiter des moments où les hommes sont déjà mis à la disposition des médecins (visites de santé, pesées périodiques, etc...) ;

3° Le verso de la fiche dentaire sera réservé aux observations des médecins stomatologistes. Au moyen d'une cote allant de 0 à 20, ils pourront noter l'abondance du tartre, la présence d'érosions, l'état des gencives. Sur un schéma représentant les dents des deux mâchoires, ils figureront, au moyen de crayons de couleurs et de signes conventionnels, les altérations observées. Toutes les lésions diagnostiquées au cours des visites postérieures à l'incorporation seront suivies de la date à laquelle les constatations auront été faites, pour permettre de les distinguer de celles qui auront été reconnues à l'arrivée au corps, et faciliter l'interprétation du schéma.

On pourra ainsi représenter par un point bleu la carie simple, par un point rouge la carie pénétrante.

De même, une croix bleue indiquera une dent découronnée ou impossible à soigner ; une croix rouge, une dent absente, etc.

Enfin, on mentionnera la nature de l'appareil de prothèse employé ou à employer, ainsi que les autres observations qui paraîtraient judicieuses.

Les fiches dentaires seront réunies dans un carton par ordre alphabétique et conservées par le médecin chef de service.

La dépense résultant de la constitution des fiches et du carton les contenant sera imputée à la masse d'habillement du corps.

Il appartiendra aux médecins des corps d'assurer, dès à présent, dans la limite des moyens dont ils disposent, le traitement des affections dentaires qu'ils auront ainsi observées.

C'est seulement lorsque l'enseignement donné au Val-de-Grâce aura produit un nombre suffisant de spécialistes qu'on pourra organiser plus complètement le service dans chaque garnison. Des instructions complémentaires interviendront en temps utile à cet effet.

Pour le Ministre :
Le sous-secrétaire d'Etat,
HENRY CHÉRON.

MODÈLE DE FICHE DENTAIRE

RECTO.

e régiment. e compagnie, escadron ou batterie.

Nom et prénoms.
Lieu de naissance.
Recrutement.
Constitution.

Nº matricule
Profession.
Incorporé en
Bouche (bien soignée ou mal soignée).

Renseignements sur la dentition.

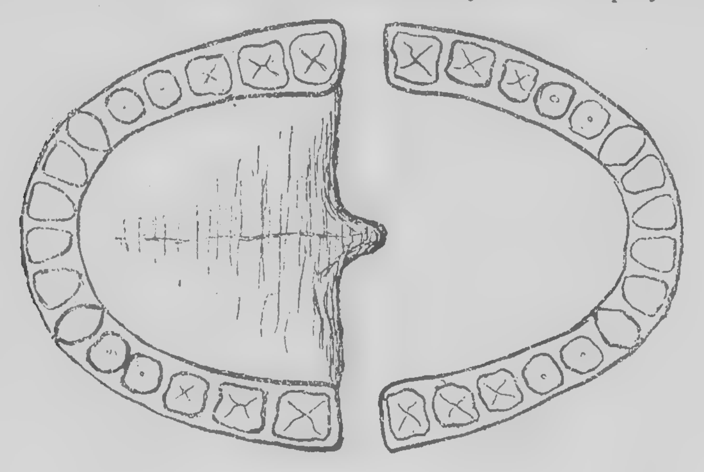
	À L'INCORPORATION.	1re ANNÉE.				2e ANNÉE.			
		Janvier.	Avril.	Juillet.	Octobre.	Janvier.	Avril.	Juillet.	Octobre.
État de la bouche (très bon, bon, assez bon, mauvais)..	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Nombre de dents — absentes ou découronnées..	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Nombre de dents — cariées........	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Observations............	....	....	....	....	....	....	....	....	....

VERSO.

État de la bouche :

Cote de 0 à 20. { Tartre :
Érosions :
Gencives :

Indication de l'appareil de prothèse employé ou à employer :



SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Rapport du Secrétaire général, par M. Georges Lemerle.

(*Assemblée générale du 15 octobre 1907.*)

Messieurs et chers confrères,

Je dois vous exposer à la fin de l'année l'ensemble des travaux de la Société d'Odontologie et passer en revue les principales questions placées à l'ordre du jour dans vos diverses séances. Rejetant tout souci chronologique, je me propose pour vous faire ce rapport, d'observer uniquement l'ordre des matières qui ont fait l'objet des cinquante communications ou démonstrations qui vous ont été faites dans les neuf séances que vous avez tenues cette année, et dans les quatre séries de démonstrations pratiques qui ont été organisées par le bureau de la Société d'Odontologie.

En dentisterie opératoire, la question des fours et des inlays d'or a constitué l'objet des plus nombreux travaux qui vous ont été présentés. *MM. Friteau et Riasse* [1] ont exposé dans une de nos séances les considérations qui les ont amenés à inventer un nouveau four pour la cuisson des blocs de porcelaine. *M. Platschick* [2] nous a communiqué ses nouvelles recherches sur les pyromètres et la construction des fours pyrométriques continuant ainsi la série des remarquables travaux qu'il poursuit depuis deux ans.

M. Georges Villain [3], dans une suite d'intéressantes communications, nous a exposé sa méthode de fabrication des inlays creux en or, et il nous a présenté le nouveau four qu'il a été amené à concevoir à cet effet.

Cet ensemble de travaux, cette émulation de recherches au sujet des obturations à l'aide des blocs d'or, indique une évolution si profonde de la dentisterie opératoire, que je crois devoir, dans ce rapport, les souligner particulièrement.

Des considérations générales sur les bridges-work nous ont valu plusieurs communications. A *M. G. Villain* [4] nous devons d'avoir pro-

---

1. *Friteau et Riasse*, Contribution à l'étude des fours et pyromètres, 26 mars 1907.

2. *Platschick*, Considérations à propos des fours à pyromètre, 7 mai 1907. Considérations à propos de la construction des fours pyrométriques, 4 juin 1907. Contrôle des couples pyrométriques par le pyromètre de Ferry, 21 avril 1907.

3. *G. Villain*, Inlays creux en or coulé. Présentation d'un four, 4 juin 1907. Historique des inlays en or, 2 juillet 1907.

4. *G. Villain*, Considérations sur les bridges fixes, amovibles et physiologiques, 11 décembre 1907.

voqué une intéressante discussion sur les bridges fixes et amovibles ; *M. Heïdé* nous a fait une présentation sur le même sujet [1], et *M. Godon* [2] nous a entretenus de la question des bridges et de la pyorrhée alvéolaire.

M. G. Villain [3] nous a montré sa méthode des soudures autogènes et *MM. Masson* [4] et *Johannidès* [5] nous ont donné des démonstrations sur la construction des travaux à pont. *M. Etchepareborda* [6], de Buenos-Ayres, nous a fait connaître un procédé nouveau pour l'avulsion des dents de sagesse, et *M. Levett* [7] nous a donné une consciencieuse étude sur l'anesthésie de la dentine et de la pulpe par la méthode de *Weling*, de Stockholm.

M. Amoëdo [8] nous a montré sa technique de l'obturation des canaux radiculaires et diverses applications des couronnes fenestrées, et *M. Bondy* nous a donné une démonstration sur l'aurification avec emploi de matrices [9]. Enfin *M. Frey* [10] a bien voulu exécuter à l'une de nos séances de démonstrations pratiques quelques résections apexiennes pour fistules dentaires rebelles.

L'érosion et l'anatomie pathologique de la carie ont été les deux questions de *pathologie dentaire* particulièrement traitées.

Le Prof. *Miller,* de Berlin [11], dans une conférence donnée le 20 novembre, nous a exposé ses belles recherches sur l'abrasion des dents. J'ai la tristesse en parlant de cette séance organisée au moment de son passage à Paris, de vous rappeler qu'au mois d'août, la mort est venue ravir à la science odontologique un de ses plus grands savants.

J'adresse à la mémoire respectée du Prof. Miller l'hommage de la Société d'Odontologie, dont il était membre d'honneur.

Plus tard *M. Heïdé* [12] nous a entretenus de la question de l'érosion dentaire qui vient d'être mise au point dans le si remarquable mémoire donné au Congrès de Reims par *M. Frey.*

---

1. *Heïdé*, Quelques mots sur l'érosion des dents, 7 mai 1907.
2. *Godon*, Bridges et pyorrhée alvéolaire, 4 juin 1907.
3. *G. Villain*, Technique des soudures autogènes, 16 décembre 1907.
4. *Masson*, Démonstration sur la construction d'un bridge-work, 21 avril 1907.
5. *Johannidès*, Présentation de travaux à pont, 21 avril 1907.
6. *Echepareborda*, Procédé nouveau pour l'avulsion des dents de sagesse, 22 janvier 1907.
7. *Levett*, Anesthésie de la dentine et de la pulpe par la méthode de Welin de Stockholm, 19 février 1907.
8. *Amoëdo*, Technique de l'obturation des canaux radiculaires. Application de couronnes fenestrées, 24 février 1907 et 16 décembre 1906.
9. *Bondy*, Aurification avec emploi de matrice, 16 décembre 1906.
10. *Frey*, Résection apexienne pour fistules dentaires rebelles, 21 avril 1907.
11. *Miller*, Recherches sur l'érosion des dents, 20 novembre 1906.
12. *Heïdé*, Quelques mots sur l'érosion des dents, 7 mai 1907.

M. Cavalié, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux [1], dans une séance spéciale, a entretenu la Société des conceptions nouvelles qu'il a introduites dans le vieux cadre de la pathogénie de la carie. *M. Cavalié* nous a exposé en outre ses recherches sur plusieurs points de pathologie dentaire, les fissures de la couronne des dents permanentes, l'anatomie pathologique des polypes de la pulpe, les dentinites condensantes et le processus de destruction de l'ivoire par les odontoclastes.

M. Roy [2] nous a communiqué un cas de pseudo-odontalgie d'origine grippale, et *M. Izambard* [3] une nouvelle méthode de traitement de la carie du 4e degré.

En Stomatologie, je relève trois communications : Des recherches bactériologiques sur un cas d'infection de la glande sous-maxillaire par *M. Ledoux* [4] ; une observation de corps étranger alvéolaire par *M. Blatter* [5]. *MM. Blatter* et *Smith* nous ont en outre présenté un malade offrant une fracture du maxillaire supérieur, consolidée au moyen d'un appareil à pont [6].

La *prothèse* nous a valu une intéressante démonstration par *M. Geoffroy Devulder* [7] au sujet d'un appareil de son invention pour l'estampage de plaques métalliques à l'aide d'un métal fusible à basse température.

Nous devons également à *MM. Lavigne* et *Granger* [8] une nouvelle substance à empreintes, l'odonto-plastine, et à *M. Roy* [9] une communication sur la prise des empreintes.

Enfin *M. Amoëdo* [10] a fait une démonstration pratique sur la technique de l'emploi des articulateurs anatomiques.

La *prothèse restauratrice* a provoqué encore cette année des travaux remarquables.

M. Geoffroy Devulder [11] nous a présenté deux malades porteurs

---

1. *Cavalié*, Les dentinites à forme condensante. Le processus de destruction de l'ivoire par les odontoclastes. Les polypes de la pulpe, 18 juin 1907.
2. *Roy*, Pseudo-odontalgie d'origine grippale, 26 mars 1907.
3. *Izambard*, Considérations sur le traitement de la carie du 4e degré, 26 mars 1907.
4. *Ledoux*, Sur un cas d'infection de la glande sous-maxillaire, 4 juin 1907.
5. *Blatter*, Observation de corps étranger alvéolaire, 2 juillet 1907.
6. *Blatter* et *Smith*, Fraction du maxillaire supérieur. Consolidation au moyen d'un appareil à pont, 2 juillet 1907.
7. *Geoffroy Devulder*, Appareil pour l'estampage de plaques métalliques à l'aide d'un métal fusible à basse température, 24 février 1907.
8. *Lavigne et Granger*, Nouvelle substance à empreintes, 24 février 1907.
9. *Roy*, Quelques considérations sur la prise des empreintes, 2 juillet 1907.
10. *Amoëdo*, Démonstration de l'emploi des articulateurs anatomiques, 16 décembre 1907.
11. *Geoffroy Devulder*, Présentation de deux malades porteurs d'appareils creux de prothèse restauratrice, 19 février 1907.

d'appareils creux de prothèse restauratrice, et M. *Delair*[1] nous a montré un malade porteur d'une restauration prothétique bucco-nasale tardive.

La prothèse laryngée a occasionné une importante séance de démonstration.

M. Sebileau[2] a bien voulu faire transporter à l'Ecole dentaire un sujet de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux et exécuter une laryngectomie totale suivie de l'application d'un larynx artificiel par *M. Delair*[3]. Nous devons remercier M. Sebileau d'avoir encore accepté cette année de nous prêter son concours, et de nous avoir permis ainsi d'organiser une séance de démonstrations consacrée à la prothèse laryngée. *M. Delair*[4], dont les travaux excitent l'admiration de tous, nous a en outre présenté un malade, opéré par M. Sebileau, et porteur d'un larynx artificiel. Cette présentation en complétant cette séance spéciale, lui a donné en quelque sorte une conclusion pratique qui l'a rendue tout à fait remarquable. M. Delair avait d'ailleurs présenté dans le courant de l'année un autre malade, ancien laryngectomisé de M. Sebileau et pourvu d'un larynx artificiel. Ce malade a vivement intéressé la Société d'Odontologie par le résultat fonctionnel acquis grâce à l'ingénieux appareil de M. Delair.

M. Touvet-Fanton[5] nous a donné trois observations sur des sujets *d'anatomie dentaire*, sur un cas de déformation du maxillaire supérieur, un cas d'anomalie dentaire et un cas de troisième dentition.

M. Choquet[6], dans un mémoire remarquable, nous a donné les conclusions de ses travaux de mensuration sur la dent de l'homme dans les différentes races. Ces recherches poursuivies depuis plusieurs années par notre confrère, lui ont valu de la part de la Société d'Odontologie le prix Broca, et je crois être l'interprète des membres de la Société d'Odontologie en adressant à M. Choquet toutes nos félicitations.

En *anesthésie* les nouveaux appareils et les nouvelles méthodes qui vous ont été présentés l'année dernière, ont occasionné plusieurs démonstrations.

M. Camus[7] a exposé d'intéressantes considérations physiologiques sur l'emploi du chlorure d'éthyle à petites doses.

---

1. *Delair*, Présentation d'un malade porteur d'une restauration prothétique bucco-nasale tardive, 2 juillet 1907.
2. *Sebileau*, Laryngectomie totale, 21 avril 1907.
3. *Delair*, Application d'un larynx artificiel, 21 avril 1907.
4. *Delair*, Présentation d'un malade porteur d'un larynx artificiel, 21 avril 1907.
5. *Touvet-Fanton*, Déformation du maxillaire supérieur, cas de 3e dentition, anomalies dentaires, 4 juin et 2 juillet 1907.
6. *Choquet*, La dent de l'homme dans les différentes races, 4 juin 1907.
7. *Camus*, Considérations sur l'emploi du chlorure d'éthyle à petites doses, 22 janvier 1907.

MM. Fouques et *Staviski*[1] ont fait une démonstration d'anesthésie générale au chlolure d'éthyle avec le masque de Robinson, et *M. Décolland*[2] une démonstration à l'aide de son appareil à chlorure d'éthyle à faibles doses.

L'Orthodontie ne nous a valu qu'une seule mais fort importante communication sur les appareils extenseurs pour l'arcade inférieure avec plan incliné bilatéral par *M. Francis Jean*[3].

La Société s'est occupée également de *questions professionnelles*. *M. Godon*[4], par une communication sur la réforme des études dentaires, a soulevé une longue et intéressante discussion. *M. Hugo*[5] nous a donné un rapport sur le Congrès d'Espéranto, de Genève, et *M. Platschick*[6] a bien voulu faire pour notre Société un compte rendu du Congrès de Cadiff.

Vous avez également cette année nommé deux *commissions* pour étudier certaines questions. L'une destinée à l'étude de l'insuffisance des dents minérales[7] et due à l'initiative de *M. Frey*, a accompli sa mission en s'unissant aux commissions semblables nommées par les autres sociétés dentaires.

L'autre commission nommée, comprenant *MM. Platschick* et *Roy* et le bureau de la Société d'Odontologie, doit étudier la question de la nocivité du caoutchouc vulcanisé coloré au vermillon[8], et les résultats de ses recherches sont destinées à fournir les matériaux d'un rapport demandé par les pouvoirs publics. Les travaux de cette commission ne sont pas encore terminés.

Je demande la permission de racheter la monotonie de cette longue énumération en cherchant à en tirer quelques conclusions intéressantes.

De toutes les questions étudiées cette année à la Société d'Odontologie, c'est incontestablement celles des fours pyrométriques et de la fabrication des inlays d'or, qui ont suscité le plus grand nombre de travaux, et qui ont accompli les plus grands progrès. Mais à côté de ce bel effort fourni en dentisterie opératoire, je dois placer en regard l'abandon de deux branches importantes de la science dentaire. En

---

1. *Fouques et Staviski*, Anesthésie générale au chlorure d'éthyle avec le masque de Robinson, 21 avril 1907.

2. *Décolland*, Anesthésie générale au chlorure d'éthyle à faibles doses, 21 avril 1907.

3. *Francis Jean*, Appareil extenseur pour maxillaire inférieur avec plan incliné latéral, 7 mai 1907.

4. *Godon*, Réforme des études dentaires, 22 janvier 1907.

5. *Hugo*, Rapport sur le Congrès d'Espéranto, de Genève, 16 octobre 1907.

6. *Plastchick*, Compte rendu du Congrès de Cardiff, 2 juillet 1907.

7. *Commission des dents minérales*, MM. Frey, Platschick, Heïdé, Touvet-Fanton, Philippoteaux, Francis Jean, nommée le 28 janvier 1907.

8. *Commission d'étude sur la nocivité du caoutchouc rouge*, MM. Roy, Platschick, bureau de la Société d'Odontologie, nommée le 2 juillet 1907.

effet, je compte une seule communication concernant l'orthodontie, et pas une seule sur un sujet de thérapeutique. Je vous ai fait part dans mon rapport de l'année précédente d'une semblable constatation. La seule utilité de cette réflexion sera peut-être d'attirer votre attention d'une façon plus particulière dans le cours de l'année qui commence, sur la thérapeutique et l'orthodontie.

Avant de terminer ce travail, je me fais un devoir d'adresser mes remerciements aux membres du bureau de la Société d'Odontologie qui ont bien voulu me prêter leur concours, et particulièrement à *M. Blatter*, dont j'ai souvent mis à contribution l'inlassable obligeance.

J'exprime à *M. Touvet-Fanton* tous mes regrets de n'avoir pu lui fournir une collaboration aussi régulière que je l'eus désiré, et je vous remercie messieurs et chers confrères de la bienveillance avec laquelle vous avez toujours bien voulu me faciliter ma tâche.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

Séance du 15 octobre 1907.

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. Touvet-Fanton, président.

I. — LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend une lettre M. Alvaro Moraes qui demande à être nommé membre associé correspondant de la Société d'Odontologie. Cette demande est renvoyée au bureau.

II. — RAPPORT SUR LE CONGRÈS DENTAIRE DE JAMESTOWN, PAR M. ETCHEPAREBORDA.

M. Etchepareborda donne lecture de ce rapport qui a été publié dans *L'Odontologie* (15 novembre 1907, p. 410).

M. le président se fait l'interprète des sentiments de la Société pour remercier de son zèle M. Etchepareborda qui est allé représenter le Groupement de l'Ecole dentaire au Congrès dentaire de Jamestown.

III. — ADOPTION DES PROCÈS-VERBAUX.

Les procès-verbaux qui ont été publiés dans le journal sont adoptés.

IV. — OBSERVATION D'UNE FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ; APPLICATION DE L'APPAREIL DELAIR DANS L'ARMÉE, PAR M. G. COUTURIER.

En l'absence de l'auteur, M. Delair donne lecture de cette com-

munication, qui a été publiée dans *L'Odontologie* (15 novembre 1907, p. 406).

M. Delair indique que l'intervention relatée par M. Couturier a été faite au cours de son service militaire, pendant lequel il a assuré, à Constantine le service dentaire, et que la question traitée se rapporte un peu à l'objet des préoccupations des chirurgiens-dentistes, c'est-à-dire à la création d'un corps de dentistes militaires.

M. le président félicite M. Couturier d'avoir si utilement mis en pratique l'enseignement de l'Ecole dentaire dans un milieu militaire.

V. — Constitution en assemblée générale, et lecture du rapport du secrétaire général.

Après constitution de la Société en assemblée générale, M. *Georges Lemerle,* secrétaire général, donne lecture du rapport annuel (voir plus haut).

Il est ensuite donné lecture d'une lettre de M. Georges Lemerle, par laquelle celui-ci se démet de ses fonctions de secrétaire général, en déclarant que ses occupations ne lui laissent plus le temps nécessaire à l'accomplissement de ces fonctions.

A la suite de cette lecture, M. le président exprime ses regrets personnels et ceux de la Société au sujet de cette décision, et il remercie M. Georges Lemerle du concours actif et dévoué qu'il n'a cessé d'apporter au fonctionnement de la Société.

M. Godon propose l'adoption de la motion suivante : « La Société d'Odontologie exprime à M. G. Lemerle tous ses remerciements pour son rapport et pour son concours pendant les deux années écoulées, et regrette de le voir maintenir sa démission. »

Cette motion est votée à l'unanimité, ainsi que le rapport de M. G. Lemerle.

VI. — Renouvellement du Bureau.

Le scrutin a lieu pour le renouvellement du bureau.

Sont élus : M. Touchard, président ; MM. Audy et Blatter, vice-présidents ; M. Dreyfus, secrétaire général ; M. G. Villain, secrétaire adjoint.

VII. — L'importance de l'hygiène dentaire scolaire, par M. M. Roy.

M. Roy. — Comme vous le savez, lors de la dernière séance de la Société d'Odontologie, M. Platschick nous a donné connaissance d'un rapport par lequel nous avons appris en détail ce qui s'était fait au Congrès de la British Dental Association, à Cardiff, au mois de mai dernier.

Prenant la parole au sujet de ce rapport, je faisais remarquer

combien les questions d'hygiène tenaient une place importante dans les préoccupations de nos confrères anglais. Il y avait eu, en effet, à Cardiff, un grand nombre de communications sur ce sujet. A cette occasion j'appelais l'attention de la Société d'Odontologie sur l'importance qu'il y aurait pour elle à s'occuper davantage de ces questions et surtout de l'utilité qu'il y aurait à agir auprès des pouvoirs publics, afin d'attirer leur attention sur cette question, et cela, non pas une fois par hasard, mais d'une façon persistante, avec la persévérance la plus grande, en vue de faire réaliser, sinon immédiatement, du moins dans l'avenir, quelques progrès à cette question si importante de l'hygiène dentaire.

Parmi toutes les questions d'hygiène dentaire qui peuvent nous intéresser, je considère que celle qui a le plus d'importance, c'est l'hygiène chez l'enfant.

En effet l'hygiène dentaire est surtout efficace lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure, lorsque, de bonne heure, on a pris l'habitude de se soigner les dents, de se faire visiter la bouche, de maintenir ses dents dans un état de santé aussi satisfaisant que possible. Ces habitudes-là, comme toutes celles qui se conservent bien, ce sont celles qui sont prises dès l'enfance.

Si vous prenez un homme qui n'a jamais brossé ses dents ou ne l'a fait que par hasard jusqu'à l'âge de 40 ans et si, à ce moment-là, vous voulez lui faire brosser les dents, il le fera pendant huit jours, quinze jours, un mois, comme on prend un médicament, mais au bout d'un mois, au maximum, son zèle se ralentira, puis finalement disparaîtra, et ce n'est plus que de temps en temps qu'il recourra à cette opération qui cependant est la plus élémentaire de l'hygiène dentaire.

Si vous avez au contraire affaire à un homme de 20 ans, un individu au service militaire, par exemple, il pourra contracter plus facilement cette habitude, mais elle nécessitera encore chez lui un effort.

Chez l'enfant, au contraire, ces habitudes d'hygiène se contractent sans aucun effort et se conservent indéfiniment. De plus les résultats sont bien meilleurs pour des raisons que je n'ai pas besoin de développer davantage.

Je considère donc que l'effort principal que nous devons faire doit porter surtout du côté de l'hygiène des enfants, du côté de l'hygiène scolaire. Nous devons, avec une patience inlassable, tous les ans au moins une fois, émettre un vœu à la Société d'Odontologie concernant l'hygiène dentaire, je vous proposerai plus particulièrement un vœu relatif à l'hygiène dentaire scolaire. Mais ce vœu ne devrait pas rester lettre morte, il ne devrait pas être tout platonique. Il faudrait qu'il soit adressé par notre bureau aux différentes autorités compétentes en vue d'appeler leur attention sur ce point particulier. Bien

entendu, je ne me fais aucune espèce d'illusion sur le sort qui attend ce vœu pendant un an, deux ans, cinq ans, dix ans peut-être, mais, à force de frapper sur le même clou nous finirons par l'enfoncer, et nous finirons progressivement par faire avancer notre idée auprès des pouvoirs publics qui nous auront vus revenir avec une régularité systématique leur apporter chaque année des vœux semblables. D'autre part, par l'action que nous pouvons exercer individuellement auprès des gens à même de hâter la réalisation de cette réforme, peut-être arriverons-nous aussi à un certain résultat.

C'est en vue de commencer à réaliser cette idée que je vous proposerai d'adopter ce soir un vœu concernant l'hygiène dentaire dans les écoles. Ce vœu serait adressé par les soins de votre bureau aux autorités compétentes.

J'ai essayé de condenser dans une formule aussi simple que possible les quelques idées relatives à l'hygiène dentaire scolaire, et surtout à l'inspection dentaire scolaire qui serait la façon pratique de réaliser l'hygiène dentaire chez l'enfant.

La grosse question c'est d'avoir un vœu résumant à peu près les desiderata de nous tous à ce sujet et de l'adresser aux autorités compétentes.

Voici le texte que je vous propose d'adopter :

« Considérant l'importance de l'hygiène dentaire tant à son point de vue particulier qu'au point de vue de l'hygiène générale ;

» Considérant que l'hygiène dentaire est particulièrement importante chez l'enfant, que son absence entraîne fréquemment des troubles graves de la santé générale et nuit toujours au développement de l'organisme si susceptible de l'enfant ;

» Considérant d'autre part que l'inspection dentaire scolaire est un moyen des plus utiles pour l'amélioration de l'hygiène buccale et que cette inspection dentaire scolaire fonctionne déjà dans plusieurs villes de l'étranger avec le plus grand succès.

» La Société d'Odontologie de Paris émet le vœu que l'inspection dentaire scolaire soit organisée dans toutes les écoles de France et particulièrement dans celles de la ville de Paris, et charge son bureau de transmettre ce vœu aux autorités compétentes en se mettant à leur disposition pour leur indiquer et leur faciliter les moyens de réaliser cette inspection. »

Tel est, messieurs, le vœu que je soumets à votre approbation, si vous jugez que nous puissions exercer une petite action utile dans l'ordre d'idées que je viens de vous indiquer.

M. le président. — Je n'ai pas besoin, messieurs, d'appeler votre attention sur l'importance du vœu que vous soumet M. Roy. Nous sommes tous d'accord à cet égard. Je mets aux voix l'adoption de ce vœu.

Le vœu de M. Roy est adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle maintenant une communication de M. Touchard. Je ne le vois pas présent, par conséquent nous allons passer à la communication suivante, soit *historique des inlays d'or* par M. G. Villain.

VIII. — HISTORIQUE DES INLAYS D'OR.

M. G. Villain donne lecture de sa communication.

Il ajoute : Depuis que Taggart a montré sa méthode, les confrères américains ont extrêmement travaillé à la question des fours, et à la dernière réunion de la Société dentaire nationale de l'Etat de Pensylvanie, une trentaine de fours étaient présentés. Parmi ces fours deux ont semblé excessivement intéressants à notre confrère *M. Lemière*, qui était présent à cette réunion.

L'un est un four à gaz, l'autre est un four électrique, de Custer. Le bureau sortant de notre Société a décidé pour le dimanche 27 courant, de faire une séance de démonstrations sur les différentes méthodes d'inlays d'or. Parmi les différentes méthodes que vous verrez employer alors, vous verrez procéder M. Lemière qui est inscrit pour montrer ses deux fours qu'il a apportés. Je ne saurais trop insister pour vous engager à venir à cette séance. Je crois quant à moi que la méthode Taggart est la méthode d'avenir.

Il sera intéressant de voir à la séance de démonstration comment les inlays sortent de ces fours, car jusqu'à présent nous n'en avons eu que des échos.

M. le président. — Je vous remercie de cette très intéressante communication ? Je vous remercie surtout d'avoir entamé l'étude de cette question assurément très intéressante et dont nous nous proposons de donner d'instructives démonstrations dimanche 27 octobre.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

Séance du 3 décembre 1907.

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. Touchard, président.

I. — LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général transmet les excuses de MM. Godon et Platschick, empêchés d'assister à la séance.

Il est donné lecture d'une lettre de M. Amoëdo, président de la Société odontologique de France, qui annonce que cette société,

dont le jour de réunion était le dernier mardi de chaque mois, change ce jour qui coïncidait trop souvent avec des réunions ou assemblées tenues à l'Ecole dentaire. Elle adopte le quatrième jeudi ; de cette façon, les membres de la Société d'Odontologie pourront assister aux séances de la Société odontologique, et réciproquement.

M. le président remercie M. Amoëdo et la Société odontologique de cette marque de sympathie pour la Société.

Il est donné connaissance d'une lettre du président du Syndicat des chirurgiens-dentistes, invitant les membres de la Société d'Odontologie à une séance de démonstrations pratiques.

Vient ensuite une lettre de M. Quincerot, qui invite la Société d'Odontologie à s'associer, par la nomination d'un délégué au comité d'initiative, à la manifestation projetée en faveur de l'érection, à Paris, d'un monument destiné à perpétuer la mémoire « d'Horace Wells, novateur de l'anesthésie chirurgicale ».

Il est donné lecture d'une lettre de M. Martinier par laquelle celui-ci fait remarquer : 1° que le procès-verbal de la dernière séance n'a été déposé que très tardivement au secrétariat ; 2° que le texte du discours du président n'y figure pas, et qu'il ne peut donc encore présenter par lettre la protestation qu'il avait l'intention de formuler; 3° que le texte de ses propres paroles n'y figure pas non plus.

M. le président dit que son discours sera prochainement publié par le journal.

M. Martinier demande comment il pourra rectifier le procès-verbal, celui-ci ayant été adopté par le bureau, et rétablir le texte des paroles qu'il a prononcées. Pour ce qui est du discours du président, il pense qu'il doit faire partie du procès-verbal, et qu'il appartient à la Société.

M. le président répond que le fait de l'adoption du procès-verbal par le bureau n'implique pas l'intangibilité de ce procès-verbal auquel rien n'est plus facile que d'apporter une modification, puisque c'est à cet effet qu'il est déposé au secrétariat.

M. Friteau s'étonne de l'innovation qui consiste à faire adopter par le bureau le procès-verbal dont le secrétaire général a l'entière responsabilité. C'est la société qui est seule qualifiée pour adopter les procès-verbaux ; les statuts ne disent pas que le bureau doive en adopter la forme. Cette adoption empêcherait la correction de leur texte par les orateurs lors de l'adoption en séance. Il déclare également qu'on a changé et écourté ses paroles, et regrette qu'on n'ait pas conservé l'habitude d'envoyer aux membres de la Société ayant pris la parole les extraits du compte rendu sténographique les concernant, afin qu'ils puissent y faire leurs corrections.

M. le président dit qu'il n'est pas prévu dans les statuts que le procès-verbal doive être déposé au secrétariat.

M. Friteau répond que cela a été décidé en séance.

M. le président répète que l'adoption du procès-verbal par le bureau n'en impose pas l'adoption d'office en séance, et que les membres de la Société ont tout loisir de faire leurs rectifications.

M. Roy ne voit aucun inconvénient à ce que le secrétaire général soumette au bureau le procès-verbal, si bon lui semble, d'autant moins que cette adoption n'implique nullement l'adoption par la Société. M. Martinier n'avait qu'à adresser au secrétaire général une lettre contenant ses rectifications ; il avait le temps de le faire, le procès-verbal n'ayant pas été publié ; même après la publication les rectifications peuvent encore être faites.

Le secrétaire général dit que le procès-verbal est inexistant en tant que document officiel tant qu'il n'a pas été adopté en séance. Quant à l'adoption par le bureau, c'est une affaire entre lui, secrétaire général et le bureau ; elle doit rester étrangère à la Société qui adopte ou n'adopte pas. Pour ce qui est de la plainte de M. Martinier relative à la suppression de ses paroles, le secrétaire général dit qu'il établit son procès-verbal à l'aide de la sténographie ; or celle-ci ne contenait, de M. Martinier, que deux phrases de deux lignes, dont il donne lecture : il ne pouvait donc véritablement les lui adresser, ce qui n'est, en effet, pas l'usage pour des phrases aussi courtes.

M. Martinier dit qu'il ne trouve pas dans les quelques mots qui lui sont attribués le résumé de ses paroles. Depuis longtemps, on a résolu de mettre le procès-verbal à la disposition des membres de la Société, dans le délai de huit jours, pour y faire toutes les modifications qu'ils jugeraient convenables, après approbation du secrétaire général et du bureau. Le bureau peut contrôler les actes du secrétaire général, si cela lui plaît. M. Martinier ajoute que, s'étant trouvé en présence d'un procès-verbal déjà adopté, il n'a pas cru pouvoir y faire des modifications. Si la publication en avait été faite, il lui aurait fallu, dans une troisième ou quatrième séance, faire adopter par l'assemblée les modifications qu'il veut y faire. Il est donc plus simple de déposer le compte rendu sténographique au secrétariat et de permettre aux orateurs de résumer ou de compléter les paroles qu'ils ont prononcées, à charge par le secrétaire général de voir s'il peut les insérer. En l'espèce, il s'agissait d'une question principale : c'est la raison pour laquelle M. Martinier tient à la publication de ses paroles.

M. le président déclare que l'incident est clos, et qu'il n'y a qu'à renvoyer au bureau la question de la publication des procès-verbaux.

Le secrétaire donne lecture des deux lettres suivantes :

1° Lettre de M. Etchepareborda à M. le président de la Société d'Odontologie.

Paris, 21 novembre 1907.

Monsieur le Président de la Société d'Odontologie,

Dans la séance du 5 du mois courant, j'eus l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie un petit appareil pour faire des inlays et couronnes d'or avec une extrême simplicité.

J'avais eu l'idée de faire des inlays avec cet appareil lors des démonstrations que, pour le même objet, j'avais vues au Congrès de Jamestown et Philadelphie, et j'avais communiqué mon intention à plusieurs personnes ; mais occupé à Paris par de nombreuses démarches exigées par mon prochain retour dans mon pays, après une longue absence, je ne l'avais pas mise en pratique, avec la pensée de le faire tranquillement chez moi, où j'ai tout ce qu'il me faut pour cela.

Ayant vu le dimanche 27 octobre qu'un collègue présentait un appareil basé sur le principe dont j'avais moi-même eu l'idée, je dis à mes amis Godon et Viau que pour faire des inlays, j'avais l'idée d'un appareil encore plus simple que celui que nous venions de voir.

Le lendemain même de la démonstration à l'Ecole, je fis faire au cylindre ou swager de Ash une simple modification, et, dans l'atelier de M. Viau, je fis un inlay d'or par le procédé de la cire perdue, aussi parfait que d'autres, que j'avais faits avec l'appareil de Custer.

Quelques jours après, je fis ma communication à l'Ecole dentaire de Paris. En faisant cette communication, je n'avais aucun but commercial, et je n'aurais jamais voulu me mettre dans le cas d'encourir un blâme.

Je m'empressai de présenter à mes camarades de l'Ecole dentaire de Paris une chose que je pensais pouvoir leur être utile, et j'étais heureux d'apporter une modeste idée, car l'Ecole, sans restrictions ni sentiments égoïstes, m'a appris bien des choses, et fait profiter de son enseignement.

J'étais donc bien surpris en recevant deux jours après avoir présenté ma communication, la lettre que j'ai l'honneur de vous adjoindre.

Je ne veux pas en faire la critique, mais je fais juge le bureau et je voudrais connaître l'avis de ses membres à cet égard, et en même temps je prie le bureau de vouloir bien publier toutes les pièces relatives à cet incident dans le journal de la Société, afin que toute la profession soit également juge, car accepter cela serait l'arrêt de tout progrès, et je croyais pareilles pratiques reléguées à l'histoire, aux époques de l'obscurantisme, et il me semblait que l'avènement des écoles ouvrant grandement les portes à tous les progrès, les avait exclues pour toujours.

Jamais il ne m'est venu à l'idée de plagier un instrument, et celui que j'ai présenté est tout à fait différent de la pince présentée le 27 octobre.

Autrement je ne sais pas ce qu'on peut revendiquer dans l'instrument en question : l'idée de la pression n'est pas chose nouvelle, elle se trouve dans tous les appareils connus de Custer, Lane, Taggart, etc.; l'emboîtement réciproque ou télescopique d'un cylindre creux dans un cylindre massif, ou *vice versa*, pour faire pression, existe aussi dans

les appareils de Ash et de White, et l'application de la force par le dégagement du gaz produit par le contact d'un métal en fusion avec un corps humide est usitée depuis des siècles par les fondeurs de métaux qui emploient de la paille mouillée en la couvrant avec des planches de fer pour empêcher l'expansion des gaz en dehors des récipients où eux versent le métal fondu.

Veuillez, etc...

ETCHEPAREBORDA.

2° Lettre de M. Blétry à M. Etchepareborda.

Paris, le 6 novembre 1907.

Monsieur Etchepareborda,

M. Platschick, dont je suis l'ingénieur conseil, me met au courant de la séance qui a eu lieu hier soir à la Société d'Odontologie. Il est indiscutable que l'appareil de moulage sur lequel vous avez donné des indications ne saurait être exploité sans constituer une contrefaçon des brevets qui protègent, tant en France que dans les autres pays, les travaux de MM. Platschick et Solbrig.

Je viens vous aviser que M. Platschick, seul propriétaire de tous les brevets, se verrait obligé d'agir immédiatement contre une pareille contrefaçon si elle venait à se produire. J'espère qu'il n'était pas dans votre intention ni de vous lancer dans la fabrication de l'appareil en question, ni de vous exposer aux revendications légitimes de mon client, mais néanmoins, je me suis empressé de vous adresser cette lettre pour vous exposer nettement la situation et prévenir ainsi dès le début toute cause de conflit futur.

Veuillez agréer, etc...

BLÉTRY.

Après lecture de ces lettres, la question de leur publication se pose; M. le président indique que M. Etchepareborda, qui est étranger, s'exprime malaisément en français; à la dernière séance, il n'a donc pu présenter les observations qu'il aurait voulu présenter; cette lettre contient la réponse que M. Etchepareborda aurait voulu faire ; il lui semble donc équitable de la publier.

Il est décidé que les deux lettres seront publiées.

II. — DE L'UTILITÉ DE LA CLASSIFICATION DÉCIMALE EN ODONTOLOGIE ET EN STOMATOLOGIE, PAR M. HUET, de Bruxelles.

M. Huet donne lecture de sa communication qui sera publiée.

DISCUSSION.

M. Frey. — Je suis très heureux de l'intéressante communication que vient de nous faire notre confrère M. Huet.

Au point de vue général d'abord, son système de classification nous montre que le dentiste n'est pas un isolé, que bien au contraire il n'est

pas un de ses actes professionnels, qui ne se rattache par un rameau, si mince soit-il, au grand tronc de la science.

A un point de vue plus spécial, il nous facilite considérablement nos recherches bibliographiques ; notre bibliographie dentaire est un véritable fatras ; les plus simples recherches n'en finissent plus et, malgré toute la conscience que nous pouvons mettre dans nos travaux, nous restons exposés soit à répéter un devancier ignoré, soit à être ignorés nous-mêmes.

Je voudrais que ce soir nous demandions à la Fédération dentaire internationale de prendre en mains cette question si importante de notre bibliographie.

La méthode existe ; qu'on établisse des centres bibliographiques dans toutes les grandes villes universitaires ! Voilà un immense service que la F. D. I. pourrait rendre aux dentistes du monde entier ! Je souhaite qu'elle veuille bien s'occuper de cette importante question d'une façon pas trop platonique. Qu'elle nous facilite donc la connaissance des travaux étrangers et qu'elle fasse connaître,par delà l'Atlantique, les travaux français toujours ignorés, hélas !

M. Friteau. — Lorsqu'il y a quelques années j'étais secrétaire général de la Société d'Odontologie et du Journal, j'eus l'idée de faire faire des fiches bibliographiques, je fis établir à cette époque par M. Fournier un certain nombre de fiches qui remontaient aux temps les plus reculés, ou à peu près, et arrivaient jusqu'à nos jours. Ces fiches sont au nombre de 30 à 40.000. Ce qui nous avait arrêtés, M. Fournier et moi, c'était le classement de ces fiches dans un ordre méthodique, dans un ordre qui nous permit de nous y retrouver rapidement. Or quand nous voulions multiplier nos classements, nous ne nous y retrouvions plus, la communication qui vient de nous être faite par M. Huet est donc extrêmement intéressante.

Comme le disait M. Frey, quand on veut faire un travail quelconque en matière dentaire, il est presque impossible de faire ce travail à peu près complet en consultant les travaux publiés sur la question.

Et, puisque M. Frey vient de faire une proposition de vœu, j'estime aussi que la F. D. I. devrait s'en occuper. Il y aurait peut-être un moyen de dire à l'Ecole dentaire de Paris de faire un hommage de ses fiches bibliographiques, qui ont été recueillies il y a quatre ou cinq ans, en les faisant classer par le procédé de M. Huet, qui est si intéressant. Il y a un certain nombre de confrères qui ont chez eux un certain nombre de fiches bibliographiques, or je crois que ceux qui en possèdent seraient très heureux d'en faire hommage à la F. D. I. ou à l'Institut bibliographique. Je demande pour ma part que le vœu de M. Frey soit un peu transformé et qu'on demande s'il ne serait pas possible à l'Ecole de faire hommage de ses fiches à la science dentaire mondiale, et je prierai ceux de nos collègues qui possèdent des

fiches de ce genre de vouloir bien en faire hommage à la science dentaire universelle. Pour ma part, je crois en avoir une dizaine de mille chez moi, je ne demanderai pas mieux que de les envoyer à un institut de façon à les faire classer par le système de M. Huet.

Je crois que cette classification est parfaite et ingénieuse.

J'ai fait beaucoup de bibliographie, c'est donc en toute connaissance de cause que je puis dire que la classification de M. Huet est des plus intéressantes. Je crois qu'à l'heure actuelle nous ne faisons, ni les uns, ni les autres, assez de bibliographie, et vraiment la science dentaire aurait un grand intérêt à ce que nous connaissions les travaux des uns et des autres, de façon à en faire profiter la science dentaire internationale.

M. Roy. — J'ai eu l'occasion à plusieurs reprises de causer bibliographie avec M. Huet, à Bruxelles d'abord, puis à Reims.

Il m'avait exposé déjà à Bruxelles des idées fort intéressantes et il m'avait montré alors quelques fiches qu'il avait établies dans sa collection, car il en possède un nombre très considérable. A Reims, à l'A. F. A. S., j'ai eu le plaisir de rencontrer de nouveau M. Huet, et il m'a fait alors un exposé de la communication qu'il vient de nous faire.

J'ai été frappé de la clarté et de la lucidité de cette classification. C'est pourquoi j'avais prié notre confrère de venir faire sur ce sujet, qu'il possède si bien, une communication à la Société d'Odontologie de Paris. Il m'avait promis de le faire et je suis très heureux qu'il se soit décidé à faire le voyage de Bruxelles pour venir nous présenter les résultats de ses intéressants travaux.

Certaines idées ont pu paraître un peu ardues, cependant vous avez vu que lorsqu'il est arrivé à la démonstration pratique de son procédé, visant par exemple la recherche de ce qui a trait à la réparation d'un instrument servant à une partie spéciale de notre thérapeutique, il est arrivé à classer cela très facilement. Il est très important d'avoir une bibliographie bien faite, bien établie, cela facilite considérablement les recherches, et certainement des travaux comme ceux de M. Huet ont grand intérêt à être connus et vulgarisés.

M. Huet a même étendu son système à la classification des fiches de ses malades et à sa comptabilité professionnelle. Il arrive, grâce à cela, à établir une comptabilité très simple qui lui permet de faire très rapidement des recherches les plus minutieuses, concernant les soins donnés, le genre des opérations exécutées et les honoraires dus ou payés.

Je remercie M. Huet d'avoir tenu la promesse qu'il m'avait faite à Reims et d'être venu nous présenter ce soir les résultats de ses travaux si intéressants qui sont appelés à rendre les plns grands services aux travailleurs.

M. Huet. — Je répondrai à M. Roy que je n'ai donné qu'un aperçu très léger de ce qui peut être fait dans cette voie. Vous n'avez eu qu'une petite subdivision d'une partie très déterminée, pour vous montrer que celle-ci peut être amenée plus tard à être subdivisée selon une méthode générale qui existe actuellement.

Maintenant je ne savais pas que l'Ecole dentaire de Paris possédât un stock aussi considérable de fiches. Il serait très utile que ces fiches fussent classées selon la méthode que je vous ai exposée, puisqu'il suffirait de consulter le tableau pour voir tout de suite, d'après les chiffres, tout ce qui a paru sur les dents artificielles, par exemple, les dents diatoriques, les bridges, etc.

Il y a une remarque particulière que j'ai faite en dressant les fiches. La question de la porcelaine était surtout à l'ordre du jour en 1903-1904 et 1905. Vous avez alors une fiche générale : c'est toujours la porcelaine en art dentaire, et à mesure que la question avance, on voit les titres se modifier : on parle des empreintes pour les obturations en porcelaine, l'achèvement de la cuisson, etc. Les idées se développent, le sujet se spécialise.

Nous avons actuellement à l'ordre du jour la question des inlays coulés. On en est encore à la période des inlays coulés en général. Or cette question deviendra beaucoup plus particulière et elle trouvera son ordre de classification plus naturel.

Il faut envisager, au point de vue de cette méthode, les questions pratiques, le premier côté pratique serait de tâcher de la répandre.

Il y a à Bruxelles un institut international de bibliographie qui, à l'heure actuelle, possède une dizaine de millions de fiches. On y serait assurément heureux d'avoir un double de ce qui se trouve ici à Paris.

On n'y a fait jusqu'ici que de la documentation générale. Le second point c'est la question d'actualité. Avant de remonter, comme le disait M. Friteau aux travaux anciens, il y a les questions d'actualité qui intéressent beaucoup plus.

On pourrait facilement obtenir, je crois, que les journaux dentaires disposent tout au moins le sommaire de leurs numéros de façon que les articles puissent être classés rapidement. On n'a pas besoin d'être au courant de la méthode pour faire ce travail, il suffit de découper les articles et de les coller sur les fiches. Cela revient à faire une sorte de table des matières. On objectera la multiplicité des fiches : mais ce n'est pas une cause de désarroi, quel que soit le nombre des fiches que vous ayiez à classer. En terminant, je ferai remarquer un point très important de cette classification, c'est-à-dire son caractère pratiquement international : les chiffres sont lus de tous.

M. le président. — Je crois être l'interprète de tous mes confrères en adressant tous nos remerciements à M. Huet pour sa très intéressante communication et sa très curieuse classification.

Ceux d'entre vous qui ont fait des recherches pénibles de bibliographie pourront trouver dans sa méthode un procédé ingénieux et pratique qui leur épargnera une grande somme de travail.

III. — Contribution a l'étude de la confection des inlays en or, par M. Solbrig.

M. Solbrig donne lecture de sa communication, qui sera publiée.

Discussion.

M. Villain. — Je prends la parole pour remercier M. Solbrig de sa communication qui est le complément de la si intéressante démonstration qu'il nous a faite récemment. Il nous a tous émerveillés par la simplicité avec laquelle il arrive à couler des inlays sous pression.

Je n'ajouterai rien à ce qu'a dit M. Solbrig quant à la préparation des cavités : je suis tout à fait d'accord avec lui. J'insiste cependant sur la possibilité d'obtenir sans matrice et sous pression des inlays creux, ceux-ci devant, à mon avis, être presqu'exclusivement employés, les inlays devant surtout obturer de graves cavités ou des dents dont la sensibilité de la dentine est extrême, et dans ces deux cas l'inlay creux est formellement indiqué.

Contrairement à ce que pense M. Solbrig, lorsque le temps nécessaire à faire l'obturation est sensiblement le même, soit par l'aurification, soit par l'inlay, j'emploierai l'obturation par aurification, de préférence à l'inlay : en effet l'aurification a donné des résultats probants, que nous contrôlons fréquemment après de nombreuses années, tandis que par l'inlay, nous sommes dans la période du début.

Les inlays de porcelaine ont donné de bons résultats, et certains prétendent que la couche de ciment interposée entre l'obturation et la dentine empêche la récidive de la carie. Dans l'inlay d'or cette couche de ciment ne se voit absolument pas, le procédé devrait être supérieur par conséquent avec l'inlay d'or, comparativement à celui de porcelaine. Mais nous ne devons pas oublier que nous n'avons pas encore eu le temps matériel de juger, la pratique ne nous a pas prouvé que les inlays soient supérieurs à de l'or tassé dans la cavité, c'est-à-dire à l'aurification.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée ce soir pour m'élever contre l'abus qu'on a tendance à faire de l'inlay d'or. En dentisterie, plus peut-être qu'ailleurs, nous sommes un peu comme des enfants avec un nouveau jouet : lorsqu'une chose nouvelle nous intéresse, nous ne voyons plus que celle-ci, jusqu'à ce qu'elle soit brisée, autrement dit jusqu'à ce que nous lui ayions reconnu des inconvénients qui nous rendent circonspects. J'ai entendu déjà plusieurs confrères me dire qu'ils ne feraient plus d'aurifications. A quoi bon faire des aurifications, disaient-ils, puisqu'on peut faire si facilement les inlays.

Eh bien ! l'inlay ne doit pas remplacer complètement l'aurification. Il est surtout fait pour les grosses cavités, pour les cas où jadis nous faisions des couronnes, c'est-à-dire lorsqu'une grande partie de la dent est détruite ou lorsqu'il y a impossibilité de mettre la digue, lorsque par la situation de la dent, de la cavité, il y a impossibilité de prendre toutes les précautions nécessaires pour faire une bonne aurification, enfin quand le malade est très sensible et ne peut pas supporter le martelage de l'or.

Faire des inlays de la face triturante, je trouve que c'est abusif, que cela n'est pas logique. J'ai vu l'autre jour un malade ayant dans la bouche de très beaux inlays sur des faces triturantes. Je crois que celui qui s'est amusé à faire des inlays dans ces cas aurait eu avantage à faire des aurifications, qui étaient simples, très vivement faites et ne demandaient pas beaucoup de douleur.

Je m'élève contre l'abus qu'on fait de l'inlay d'or. Je ne veux en cela aucunement retirer la valeur des inlays : c'est un mode d'obturation d'avenir, j'ai été un des premiers à le préconiser. Je tiens seulement à m'élever contre l'abus que j'ai constaté déjà, non seulement chez des confrères qui eux sont libres de faire ce qu'ils veulent, mais chez des élèves. Il est dangereux, en effet, que les élèves s'adonnent à faire des inlays et abandonnent les aurifications qui ont pour eux un grand intérêt manuel.

M. le président. — Je remercie M. Solbrig d'avoir bien voulu compléter la démonstration qu'il nous a faite à la dernière séance pratique de notre société. Vous avez tous pu apprécier la méthode de M. Solbrig et constater sa simplicité et sa perfection. Je remercie encore une fois M. Solbrig de son intéressante communication.

En raison de l'heure avancée, les autres questions à l'ordre du jour sont jugées trop importantes pour être exposées aussi tard ; elles sont remises à une prochaine séance.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 19 décembre 1907.

La Société odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle sous la présidence de M. Amoëdo, le 19 décembre 1907, à l'Hôtel des Sociétés Savantes.

M. Darcissac, au nom de *M. W. Davenport*, fait une étude sur les travaux à ponts et présente quelques bridges très intéressants au point de vue de la combinaison des points d'appui.

M. Darcissac après avoir prévenu qu'il n'avait pris aucune part à la confection des différents bridges et couronnes qu'il allait présenter au nom de M. W. Davenport, dit qu'il tient simplement à vulgariser, en tant qu'admirateur de ce dernier, des méthodes qui lui semblent très ingénieuses et aptes à rendre de réels services dans grand nombre de cas de travaux à ponts. Il présente et décrit des bridges fixes à deux points d'appui, dont un scellé et l'autre libre, reposant seulement sur une obturation faite à une dent voisine où dans une cavité faite dans une obturation. Il présente en outre une série de bridges parfaitement exécutés montrant différents points d'appui très judicieusement combinés. Puis il décrivit la confection des couronnes dites de « Williams Davenport » pouvant être confectionnées sur des dents absolument saînes sans être obligé de dévitaliser ni meuler ces dernières. Après avoir pris le tour de la dent à la partie la plus large de la couronne, il découpe une bande en platine mou très mince qu'il soude à l'or fin ; il la replace en bouche et brunit sur sa dent la partie comprise entre la plus grande largeur et la face triturante, la repliant même sur les bords des cuspides partout où l'articulation le permet, il la sort à nouveau de la bouche et coule sur toute cette partie brunie, du métal Williams qui est très résistant ou de l'or à 22 karats. Puis pour terminer il scelle cette couronne au ciment très clair pour lui permettre de brunir autour de la dent la partie de la couronne comprise entre la plus grande largeur et le collet qui n'a pas été renforcée et qui peut s'appliquer facilement, sertissant ainsi parfaitement tout le pourtour de la dent en en épousant toutes les parties.

M. Meng présente un appareil du bas en or avec dents montées en caoutchouc sur bloc mobile, ayant à remplacer trois molaires sur chaque côté d'une arcade inférieure ; sur un des côtés, les dents restantes, la canine et la dent de 12 ans étaient penchées en sens inverse ; avec un appareil ordinaire il eut fallu pour pouvoir le pla-

cer et le sortir aisément laisser de grands vides au niveau des collets des dents restantes (face distale de la canine et face mésiale de la dent de 12 ans). M. Meng obvia à cet inconvénient d'une façon très ingénieuse en montant de ce côté de son appareil les dents sur un bloc mobile de caoutchouc que le malade peut enlever facilement lui-même en faisant pression sur un bouton placé sur la gencive qui déclanche un petit ressort et permet de séparer le bloc de la pièce. Il peut combler ainsi tout l'espace compris entre les deux dents sans laisser de vide au niveau des collets, et cela lui permet même de placer des crochets qui sont en tous points en contact parfait avec les dents.

Il présente ensuite les modèles de la bouche d'un enfant ayant une anomalie au niveau des incisives centrales supérieures, l'enfant était tombé à l'âge de 11 mois, les incisives temporaires avaient été arrachées par suite du choc ; les incisives centrales permanentes en voie de formation subirent un changement dans leur développement ; elles évoluèrent, mais très modifiées, beaucoup plus petites et non recouvertes d'émail, ce dernier apparaît en une masse au niveau du collet sur la face antérieure.

M. Georges Villain donne lecture de sa communication intitulée « Considérations sur les bridges fixes, amovibles et physiologiques » parue dans *L'Odontologie* [1]. L'auteur, après avoir donné les avantages et les inconvénients mis en parallèle des bridges fixes et amovibles, en fait une forte critique au point de vue physiologique. Les dents ou racines servant de points d'appui dans ces bridges, sont immobilisées dans leurs alvéoles et perdent ainsi l'élasticité qu'elles possédaient auparavant et qui leur permettait de mieux résister aux efforts masticatoires. Il présente un modèle de bridge, dit physiologique, combiné avec des pivots à rotules, des couronnes à genouillère, permettant tous les mouvements des dents ou racines, tout en restant continuellement en contact avec le bridge.

L'heure tardive ne permet pas à M. Amoëdo de faire sa communication sur les lois anatomiques des arcades dentaires ; cette dernière est reportée à la prochaine réunion de janvier.

HENRI VILLAIN.

---

1. V. *Odontologie*, 15 et 30 avril 1907.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES PROGRÈS DE L'ART DENTAIRE EN ESPAGNE

Par le Dr Amoedo.

La Société odontologique espagnole, m'ayant fait l'honneur de m'inviter, par l'intermédiaire de son président, M. Aguilar, à prononcer le discours d'inauguration de l'exercice académique 1907 à 1908, je me suis rendu à Madrid, le 28 octobre dernier.

J'ai pu constater de tels progrès dans l'art dentaire en Espagne, depuis mon premier voyage en 1892, que j'ai cru de mon devoir de rendre un public hommage à nos confrères espagnols en vous signalant, à grand trait, ce qu'ils ont réalisé en quinze ans.

En 1892, il n'existait pas de société dentaire à Madrid, et pour faire mes démonstrations cliniques d'implantations dentaires, j'ai dû emprunter le cabinet dentaire de notre éminent confrère, le Dr Portuondo.

Il existait à l'époque un journal appelé *Le Progrès dentaire* et qui n'avait de progrès que le titre.

A ce moment-là, apparut *La Odontologia* de Cadix, fondée et dirigée par notre ami le Dr Aguilar, et dès lors une nouvelle époque fut marquée dans l'art dentaire espagnol.

En effet, l'éminent directeur de cette revue vint ensuite s'établir à Madrid, et mettant en jeu son activité et ses qualités diplomatiques, il fonda la Société odontologique espagnole.

Il est bon de dire, qu'à cette époque, les dentistes de Madrid ne se réunissaient qu'une fois par an pour se distribuer les contributions, et ces réunions étaient si cordiales, que les invectives, les épithètes les plus grossières et les voies de fait, étaient toujours la règle.

Le recrutement des dentistes se faisait parmi les barbiers et les premiers venus. Ils n'avaient qu'à passer un simulacre d'examen à la Faculté.

M. Aguilar, se mettant à la tête des dentistes espagnols et unissant les efforts de la Société odontologique espagnole et du Cercle odontologique de Catalogne, les seules sociétés dentaires d'alors, obtint par son influence comme dentiste de la Cour, la réforme de l'enseignement. D'après ce nouveau plan d'études, les élèves doivent passer le baccalauréat, faire une année de sciences naturelles, deux années de médecine et une année d'odontologie dans la section dentaire de la Faculté de médecine. Après examen, ils ont le titre d'Odontologue.

Donc, maintenant le recrutement des dentistes se fait parmi les jeunes gens qui possèdent la même culture et instruction que les étudiants des autres branches universitaires.

L'enseignement de l'Odontologie est donné par deux professeurs appelés catedraticos, dont l'un est M. Aguilar.

Cet enseignement a commencé à fonctionner en 1901, et déjà la nouvelle génération se fait remarquer par sa supériorité incontestable.

A la première occasion les dentistes espagnols se sont fait valoir ; ainsi, lorsque le Congrès international d'hygiène s'est réuni à Madrid, en 1898, ils créèrent une section d'Odontologie, qui a été considérée depuis, comme le premier Congrès dentaire espagnol.

Ils ont eu ensuite le Congrès de Barcelone en 1899, ils vinrent en très grand nombre au Congrès de Paris en 1900.

La section d'odonto-stomatologie du Congrès international de médecine de Madrid en 1903, a été la section la mieux représentée de toutes celles auxquelles j'ai assisté depuis 1887, et elle était la plus suivie et la mieux organisée des sections du dit Congrès. Les comptes rendus de cette section forment un gros volume. On y trouve des travaux des plus éminents savants de l'odontologie mondiale. Cette section éveilla tellement de jalousies, qu'au Congrès suivant (celui de Lisbonne), elle fut supprimée.

Vient ensuite le Congrès des Baléares, très intéressant et dont les comptes rendus forment aussi un gros volume.

Enfin, cette année, les dentistes espagnols ont eu un magnifique Congrès de trois cents membres, réunis à Valence.

Lorsqu'on compare les programmes de ce Congrès et de celui de Jamestown, on reconnaît que les membres de l'un sont des idéalistes au cœur généreux et philanthropique et que ceux de l'autre sont des positivistes.

En effet : à Jamestown, sur cent soixante-dix communications, pas une n'est consacrée à la prophylaxie de la carie dentaire, ni aux soins à donner aux enfants dans les écoles, ou aux ouvriers. Là, il n'est question que de boucher des trous. Les uns avec le ciment Ascher (huit communications), les autres avec des blocs de porcelaine, et la plupart, avec inlays en or.

A Valence, les sujets ont été bien différents : d'abord les questions d'anesthésie dentinaire et pulpaire par voie gingivale, ont été très étudiées.

Mais, ce qui est le plus admirable dans ce Congrès, c'est la place considérable qu'on a consacrée à l'étude des soins à donner aux enfants et aux ouvriers, pour éviter les caries des dents.

Il y a deux apôtres de l'Odontologie, qui sont dignes de tout éloge et dont les noms ont déjà passé les Pyrénées, ce sont MM. Perez Cano, de Madrid, et Otaola, de Bilbao. Ces messieurs ont rendu des services aux enfants, services d'une importance considérable ; et leur exemple devrait être suivi par nous tous.

Les intéressantes questions de nomenclature dentaire y ont aussi été traitées.

Mais le clou du Congrès a été une restauration bucco-nasale, faite par un des jeunes odontologues, le Dr Landete.

Je n'ai pas besoin de vous parler de leurs deux revues *La Odontologia* et la *Estomatologia*. L'une dirigée par Aguilar, et l'autre par Subirana, car vous les connaissez tous ; elles sont aussi bien rédigées que matériellement représentées.

Il existe à Madrid, une compagnie dentaire espagnole, dont les actionnaires sont les dentistes eux-mêmes, et qui fournit tous les dentistes d'Espagne. Cette société est parfaitement administrée ; elle est gérée par Aguilar, qui fut son fondateur. Ils ont là une imprimerie, où ils publient *La Odontologia*. Cette compagnie a déjà remboursé deux fois son capital et a donné cette année un dividende de 20 o/o.

Un autre changement a eu lieu à Madrid depuis la réforme de l'enseignement. Il n'existe plus d'enseignes sur les balcons, comme cela se remarquait autrefois.

Les dentistes ont compris que l'exercice de la profession obéit aux mêmes lois que les transactions financières : l'offre et la demande.

Si on offre la marchandise on ne vous l'achète pas, ou on l'achète mal. Si on attend qu'on vous la demande, vous pouvez la vendre bien et cher : Les enseignes aux balcons constituent l'offre de la marchandise.

Je vous disais tout à l'heure comment se faisait la distribution de la contribution autrefois. Eh bien, maintenant, tout cela a vécu. M. Aguilar a été nommé cette année président du Comité de répartition et il a pu donner satisfaction à tout le monde.

Aujourd'hui, il y a des sociétés dentaires dans toutes les provinces. Elles sont toutes réunies et forment la Fédération dentaire espagnole.

La Société odontologique espagnole est aujourd'hui en pleine prospérité. Elle possède quatre-vingt-dix membres, et un excédent en caisse de six mille francs, dont l'intérêt sert à couvrir la presque totalité des frais. Tous les ans l'habitude est de faire faire une conférence au commencement de l'année académique par une personne étrangère à la Société. L'année dernière, la conférence fut faite par l'éminent professeur de l'Université de Barcelone, le Dr Martinez Vargas. Cette année, on me confia ce soin, et bien que ne possédant pas les qualités remarquables d'éloquence et d'érudition de mon prédécesseur, je fis tous mes efforts pour me rendre utile à mes confrères de Madrid.

Ils m'ont comblé de marques de sympathie, et dans un splendide banquet, on m'offrit une plaquette damasquinée or, en souvenir de ma conférence.

J'ai donc contracté une nouvelle dette envers mes collègues de Madrid, et je profite de cette circonstance pour leur adresser d'ici l'expression de ma plus vive gratitude.

Nous empruntons les passages suivants à une publication récente de M. le professeur Charles Bouchard intitulée : Questions relatives à la réforme des études médicales. Nous nous proposons d'étudier dans un prochain numéro les diverses questions soulevées dans cet article.

C. G.

NÉCESSITÉ D'ENSEIGNER LA STOMATOLOGIE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE

Un docteur en médecine a le droit de soigner toutes les maladies et de faire toutes les opérations. L'art dentaire est donc partie intégrante de la fonction médicale. Or il se trouve que les cliniques des Facultés pas plus d'ailleurs que les services hospitaliers ne donnent à l'étudiant en médecine l'occasion de s'instruire pratiquement sur les maladies des dents et sur les opérations qu'elles réclament.

L'instruction théorique devrait être donnée et l'est peut-être dans certaines Facultés, mais les exercices de médecine opératoire sont nuls ou insuffisants et l'enseignement clinique n'existe pas. Il en résulte que les docteurs se refusent à pratiquer un art qu'ils ne possèdent pas et sont ainsi frustrés d'une part importante des avantages de la profession. Ces avantages sont réservés presque exclusivement aux dentistes. Ceux-ci ont leurs écoles surveillées par la Faculté qui prononce sur la délivrance de leur diplôme. L'enseignement de ces écoles n'est pas adapté aux besoins des étudiants en médecine, la scolarité y est de trois années, une année entière étant consacrée à des notions d'anatomie et de physiologie que la Faculté a données de façon plus complète à ses propres étudiants. Cependant quelques élèves en médecine obtiennent de suivre les cours cliniques de l'Ecole dentaire et de participer aux opérations. Plusieurs ont eu l'impression qu'ils n'étaient pas accueillis avec empressement ; ils ne se sont pas sentis encouragés ni aidés et ont fini par se rebuter. Ces écoles, en effet, ne sont pas destinées aux médecins ; elles sont faites pour les dentistes et ne veulent faire que des dentistes.

Il y a cependant en France environ quatre cents docteurs en médecine — on dit même cinq cents — qui pratiquent exclusivement l'art dentaire. Ils se sont formés près de praticiens de leur choix auxquels ils s'associent parfois en vue de leur succéder. Mais indépendamment de ces docteurs spécialistes, il serait désirable que tous les autres, ou au moins ceux qui pratiquent dans les campagnes dépourvues de dentistes, fussent capables d'exécuter les opérations d'urgence. La Faculté a le devoir de les mettre en état de rendre ces services. Elle

doit organiser pour eux, d'accord avec les administrations hospitalières ou avec les bureaux de bienfaisance, des consultations publiques où les étudiants en médecine, à l'exclusion des élèves dentistes, seront exercés au diagnostic et à la pratique des pansements et opérations. Souvent le médecin observe des anomalies qui n'attirent pas l'attention des parents. Il est bon qu'il soit à même de donner à temps un conseil utile.

On a objecté qu'on ne pourrait sans frais considérables créer à la Faculté ou dans les hôpitaux cet enseignement pratique de l'art dentaire. On a parlé de la partie mécanique de la thérapeutique dentaire, de la difficulté qu'il y aurait à rendre des médecins capables de fabriquer les appareils de prothèse. Mais est-il besoin de faire remarquer que la fabrication des appareils n'est pas essentiellement œuvre médicale. L'oculiste ne fabrique pas l'œil artificiel ; et quand le chirurgien a pratiqué avec succès une amputation, il adresse son amputé à un mécanicien qui construit la jambe artificielle. D'ailleurs, dans l'état actuel des choses, les appareils de la prothèse dentaire sont souvent construits par des ouvriers qui ne sont pas dentistes, par des façonniers dont quelques-uns ont des ateliers d'une importance industrielle considérable. Il en est qui travaillent pour plusieurs centaines de dentistes. Mon enquête est fort incomplète, mais je puis vous affirmer qu'il y a des façonniers dans la plupart des villes importantes : j'en pourrais nommer à Nancy, à Toulouse ; j'en connais cinq à Bordeaux, vingt-six à Paris ; j'en citerais un à Cannes. Je suis certain qu'il y en a un peu partout.

Réduite, comme il est naturel, à la clinique, au diagnostic, aux pansements, aux opérations essentielles, l'enseignement de la stomatologie ne serait pas une charge bien lourde pour le budget des Facultés ou des administrations hospitalières.

Cette création d'un enseignement pratique de la stomatologie dans les Facultés de médecine est de première nécessité. Les dentistes, dit-on, ne le verraient peut-être pas d'un œil favorable ; mais on ne touchera pas à leurs droits, ni à leur recrutement : ils garderont leurs écoles et leurs diplômes. La seule différence sera que les docteurs qui ont actuellement le droit de mal soigner les dents, ne pourront plus invoquer, comme excuse à leur insuffisance, l'insuffisance de l'enseignement de nos Facultés. Les dentistes seraient mal venus à s'opposer à cette amélioration de l'instruction des docteurs en médecine. Le principe, c'est que les docteurs seuls ont le droit de pratiquer les opérations. La nécessité a fait transiger, par une sorte de tolérance, et seulement pour des opérations très spéciales, en faveur des accoucheuses et en faveur des dentistes. Les sages-femmes ne s'avisent pas de demander qu'il soit interdit aux docteurs de pratiquer les accouchements. De même les dentistes ne contestent pas

aux docteurs le droit de soigner les dents ; mais alors comment concevoir qu'ils se formalisent si l'on enseigne aux docteurs cette branche de l'art !

Je voudrais que le nouvel enseignement ne fût pas réservé aux seuls étudiants. Le jour où la Faculté créera pendant les vacances des cours pratiques de dentisterie, elle y verra affluer des docteurs en médecine désireux d'arriver à rendre plus de services, soucieux aussi d'améliorer leur situation. Ils n'ont pas manqué de remarquer au cours de leur laborieuse et pénible pratique que le client se rend chez le dentiste et non le dentiste chez le client ; que le dentiste ne se dérange pas la nuit ; que, sans recourir à la grève, il a su conquérir depuis longtemps le repos hebdomadaire ; que ses services, dont le bienfait est immédiat et immédiatement reconnu, sont rémunérés avant que le temps ait pu amoindrir le souvenir ou émousser la gratitude. La profession médicale est dure. Ne refusons pas aux hommes qui lui consacrent leur existence la possibilité de l'améliorer.

BIBLIOGRAPHIE

« Primo Trattato Italiano di Odontotecnica »

Par le docteur C. PLATSCHICK,
Professeur à l'Université de Pavie.

Le dernier opuscule de ce travail a paru, il y a quelques mois, et maintenant que l'œuvre entreprise par le Dr C. Platschick, de Milan, est terminée, il nous semble intéressant de la passer rapidement en revue et d'en examiner l'importance.

En écrivant son ouvrage, l'auteur s'était proposé de suppléer à l'absence de tout traité de prothèse en Italie et de réunir, dans un seul volume, toutes les connaissances sur cette branche de notre art éparses dans divers articles des Revues italiennes et dans les ouvrages et Journaux étrangers. La littérature relative à la prothèse avait en effet passablement d'importance en Italie, mais tous ces documents étaient disséminés dans des revues, des brochures, etc... et il était impossible d'en tirer profit sans de longues recherches et de les coordonner d'après un plan d'ensemble.

Le nouveau *Traité* était donc destiné à la fois aux praticiens, anciens dans la profession, qui pourraient y puiser les renseignements qui leur seraient nécessaires sur tels ou tels travaux spéciaux, aux étudiants qui y trouveraient toutes les connaissances relatives à la prothèse dentaire, et aux mécaniciens-dentistes qui y apprendraient les notions scientifiques si utiles à l'exercice de leur profession.

Le Dr Platschick était bien qualifié pour mener cette œuvre à bien : fils de dentiste, il a passé une grande partie de ses heures de travail à l'atelier ; docteur en médecin, professeur à l'Université de Pavie, il possédait la haute culture scientifique nécessaire ; enfin, comme praticien, l'exercice de l'art dentaire pendant de longues années dans une des premières villes de l'Italie lui avait permis d'acquérir une grande expérience et de vérifier les avantages des diverses méthodes. Il a donc décrit les différents procédés d'exécution en professionnel expérimenté qui fait preuve de sens pratique, et il a apporté sa note personnelle dans la critique des méthodes et des théories actuelles.

Le Dr Platschick n'a pas seulement puisé dans le patrimoine de son pays, ainsi que tant d'auteurs étrangers qui ont fait preuve d'un exclusivisme étroit, il a mis aussi à contribution la littérature des autres pays et y a relevé ce qu'elle présentait d'intéressant. C'est ainsi qu'on trouve mention dans le *Primo Trattato Italiano di Odontotecnica*

des recherches et des perfectionnements dus aux confrères français et il leur est rendu l'hommage qu'ils méritent. Cet éclectisme impartial n'est pas un des moindres mérites de ce travail.

Dans le cours de ce volume de mille et quelques pages sont traitées toutes les questions qui intéressent le mécanique dentaire : préparation des modèles, articulateurs, prise d'empreinte, confection des pièces en caoutchouc, travail des métaux, inlays en or et en porcelaine, couronnes et travaux à pont, pièces en gencive continue, celluloïd, appareils de redressement, obturateurs, prothèse du nez, de la langue et de l'oreille, appareil pour fractures du maxillaire, etc..., le tout rendu très clair par plus de mille figures.

En dehors de cet exposé qui embrasse toute la prothèse, il faut mentionner particulièrement le chapitre II qui contient la nomenclature des matières employées en prothèse dentaire avec les renseignements les plus utiles sur chacune d'elles.

Enfin, l'ouvrage contient quelques bonnes notions historiques.

En résumé, c'est une œuvre qui fera date dans l'histoire de la littérature professionnelle de l'Italie et qui rendra de grands services aux praticiens italiens contemporains.

L. Cecconi.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Louis-Camille Dehogues, pharmacien, père de notre confrère, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, décédé à Châtellerault le 3 décembre dans sa 60e année.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

Les concours dont nous avons annoncé l'ouverture dans notre numéro du 30 novembre auront lieu fin février, savoir : un concours pour deux postes de chef de clinique de dentisterie opératoire, un concours pour un poste de chef de clinique de bridges, un concours pour un poste de chef de clinque de chirurgie dentaire et un concours pour un poste de chef de clinique de prothèse.

Le concours de chef de clinique de chirurgie dentaire sera ouvert pour *deux postes* au lieu d'un.

*
* *

Le Conseil de direction a constitué son bureau ainsi :

MM.	MM.
Ch. Godon, *Président-directeur.*	Bioux, *Trésorier.*
L. Lemerle, *Vice-président.*	Lemaire, *Conservateur du Musée.*
J. d'Argent, *Vice-président.*	Pélissier, *Bibliothécaire.*
Blatter, *Secrétaire général.*	G. Villain, *Secrétaire des séances.*

A. G. D. F.

Les membres de l'A. G. D. F. sont prévenus que l'assemblée générale statutaire annuelle aura lieu le dimanche 19 janvier 1908, à 9 heures précises du matin, dans les locaux de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

L'ordre du jour sera le suivant :

1° Correspondance ;

2° Adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 20 janvier 1907 ;

3° Rapport du secrétaire général ;

4° Rapport du trésorier ;

5° Rapport de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie* ;

6° Rapport de la Commission du conseil de famille ;

7° Election de membres du Conseil d'administration en remplacement de

Paris : MM. d'Argent, Delair, Hugot, Francis Jean, Lalement, Loup.

Province : MM. Brodhurst (Montluçon), Duncombe (Lisieux), Duplan (La Rochelle), Dyssli (Evreux), Joly (Calais), Rigolet (Auxerre), Thuillier (Rouen), Vichot (Angers), dont le mandat est expiré ;

8° Propositions diverses.

N. B. — Le vote aura lieu à 10 heures, même dans le cas où une discussion serait en cours : cette discussion serait reprise après le vote.

Les membres du Conseil seront élus au premier tour et à la majorité relative ; il ne sera pas procédé à un second tour de scrutin dans le cas de ballottage (décision de l'assemblée générale extraordinaire du 26 octobre 1907).

Des enveloppes et des bulletins spéciaux pour le vote par correspondance seront adressés à tous les membres de l'Association, huit jours francs avant la date de l'assemblée générale.

Le secrétaire général,
G. Fouques.

Mariage.

Nous apprenons avec plaisir le mariage de Mlle Angèle Francis Jean, fille du président de l'Association générale des dentistes de France, avec M. Alfred Fagalde, lieutenant de chasseurs à pied breveté, stagiaire à l'état-major du 5e corps d'armée.

Le Comité de rédaction est heureux de se joindre aux amis de M. Francis Jean pour adresser aux nouveaux époux ses vives félicitations et ses meilleurs souhaits.

Institut dentaire de Munster.

Le nouvel institut dentaire de l'Université de Munster, dirigé par M. Apffelstädt, a été ouvert pour le semestre d'hiver 1907-1908. Il comprend quinze salles différentes, il est pourvu de l'installation et de l'instrumentation les plus parfaites et les plus modernes.

Institut dentaire de Munich.

L'institut dentaire de l'Université de Munich vient d'être considérablement agrandi. Il a été construit notamment une grande salle de 380 mètres carrés pour les obturations et une salle de démonstrations de 50 mètres carrés.

Cliniques dentaires scolaires.

Une clinique privée pour le traitement des dents des enfants des écoles a été ouverte à Helsingfors (Finlande) le 3 octobre.

Depuis le 1er octobre à Colmar et à Strasbourg une dame chirurgien-dentiste est chargée du traitement dentaire des enfants des écoles

A Cologne et à Charlottenbourg il sera ouvert le 1er avril prochain une clinique dentaire scolaire municipale.

Avis.

Le Dr Lombard vient d'être nommé vice-président du Conseil d'administration de l'Ecole professionnelle de Versailles, dite école Jules-Ferry, établissement des mieux réputés pour la préparation au certificat d'études primaires supérieures, diplôme qui, avec le baccalauréat, sera bientôt uniquement demandé en vue du grade de chirurgien-dentiste.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1907.

R

S

T

V

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES THÉRAPEUTIQUES

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DE L'ÉTRANGER

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

American dental club of Paris.

Association amicale des dentistes du Centre.

Société odontologique de France.

Société d'Odontologie de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS